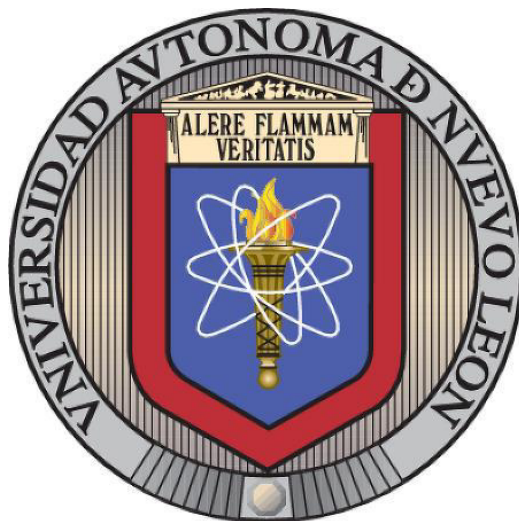


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

**CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE CÁNCER
TESTICULAR Y SU AUTOEXAMEN EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE NUEVO LEÓN**

PRESENTA

MARCOS ARNOLDO TÉLLEZ RAMOS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**

ENERO, 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



TESIS

**CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE CÁNCER
TESTICULAR Y SU AUTOEXAMEN EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE NUEVO LEÓN**

PRESENTA

MARCOS ARNOLDO TÉLLEZ RAMOS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**

DIRECTOR DE TESIS

DEHISY MARISOL JUARÉZ GARCÍA

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,

ENERO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE CÁNCER TESTICULAR Y SU AUTOEXAMEN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE NUEVO LEÓN” presentada por MARCOS ARNOLDO TÈLLEZ RAMOS ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Dehisy Marisol Juárez García

Director de tesis

Dra. Fuensanta López Rosales

Revisor de tesis

Dr. José Moral de la Rubia

Revisor de tesis

Monterrey, Nuevo León., México,

Enero de 2017

DEDICATORIA

Dedicado a la memoria de Carlos González “Charlie”, tu espíritu vive en los que tuvimos la dicha de compartir tu vida.

Al gran pueblo de Nuevo León, que en la magnanimidad de su gente, valores y sueños encuentre pronto su justo destino en el mundo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Director de la Facultad de Psicología de la U.A.N.L. el Dr. Álvaro Aguillón por su constante apoyo en mi formación académica y profesional por medio de su apertura, consejos y amistad. También a mi Directora de tesis, la Dra. Dehisy Juárez a quien agradezco su paciencia, entrega y honestidad que ejerció en este fundamental cargo que tanto aprendizaje ha dejado en mí. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por brindarme los recursos para poder haber llevado a cabo los estudios de Maestría y continuar mi formación. A mis profesores que con su exigencia y conocimiento lograron ayudarme a superar este eslabón académico, en especial a mis revisores. A todos los estudiantes y docentes que me ayudaron a llevar a cabo este proyecto: Eli, Ángel, Jimena, etc. A mi familia, mi madre y mi padre Arnoldo Téllez por su cariño y apoyo, pero en especial a Diana Almaraz por todos sus consejos, amor y sabiduría que sin ellos el camino no hubiera sido el mismo. Por ultimo a la U.A.N.L., que me ha brindado en sus instalaciones y con su gente, los mejores años de mi vida.

RESUMEN

El Cáncer Testicular (CT) representa el principal tipo de tumor que afecta al sexo masculino en la juventud (15 a 40 años aproximadamente). El Autoexamen Testicular (AT) es una técnica recomendada para hombres en este rango de edad que puede llevar a la detección oportuna del CT, sin embargo según la literatura científica alrededor del mundo, el conocimiento sobre esta técnica y su aplicación son considerablemente bajos. En este estudio se exploró el nivel de conocimiento y actitudes sobre el CT y AT en estudiantes universitarios, esto validando y después utilizando la escala del modelo de creencias en salud para cáncer testicular desarrollada por Altinel y Avci, la cantidad de participantes fue de 310 estudiantes universitarios (Media de edad= 19.8, $DE=2.8$) quienes fueron seleccionados a conveniencia para esta investigación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que sabían realizar el AT (19.7%) y los que no (80.3%) en cuanto a sus respuestas en las dimensiones de Autoeficacia, Barreras y Severidad percibida ($p<.05$), los estudiantes que sí conocían el AT, reportaron más autoeficacia, menos barreras y menos severidad, mientras que quienes realizaban el AT mostraron además mayores beneficios percibidos que los que no lo hacían. Por último se hizo énfasis en la validación del instrumento ya mencionado, el cual reportó una buena consistencia interna en cada una de sus dimensiones (alfas de Cronbach superiores a .790), además tras un análisis factorial exploratorio se encontraron 6 factores relacionados y se decidió suprimir ciertos ítems con baja carga factorial para mejorar la consistencia de la escala. En suma el conocimiento sobre el AT encontrado en los sujetos es bajo, pero se encuentra dentro del rango de los países en desarrollo, las

diferencias entre sujetos que sabían o no efectuar el AT son consistentes con otros estudios y la validación de la Escala de Creencias de Salud para el Autoexamen de Detección de Cáncer Testicular representa una mayor facilidad para futuros estudios similares en México.

ABSTRACT

Testicular Cancer (TC) represents the main type of tumor that affects the male sex in youth (15 to 40 years approximately), although it has a relatively low incidence and a good prognosis is if detected in time, the lack of early detection can lead to complications and death. Testicular self-examination (TSE) is a recommended technique for men in this age range that can lead to early detection of TC, however according to the scientific literature around the world, the knowledge about this technique and its application are considerably low. In the present study we explored the level of knowledge and attitudes about the TC and TSE in university students, this was achieved by validating then using the Health Belief Scale for testicular cancer developed by Altinel y Avci, the number of participants was 310 students (Age mean=19.8, ED=2.8) who were selected by convenience method. Statistically significant differences were found among students that knew how to perform the TSE (19.7%) and those who did not (80.3%) in regard to their answers in them dimensions of self-efficacy, barriers and severity perceived ($P = <.05$), Students who reported to know how to perform TSE, reported more self-efficacy, less barriers and less severity, while those who performed AT showed also higher perceived benefits those who did not. At last the study focused in the validation of the aforementioned instrument, which reported a good consistency internal in each of their dimensions (cronbach's alphas above .790), also after an exploratory factor analysis 6 related factors were found and it was decided to delete certain items with low load factor to improve the consistency of the scale. In sum it was found that subjects TSE knowledge is low, but is within the range of countries in development, differences between subjects who knew or not carried out AT are consistent with other studies and validation of the Health Belief Scale or the testicular self exam represents a bridgehead for future similar studies in México.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I.....	12
INTRODUCCIÓN	12
Antecedentes	12
Definición del Problema	17
Justificación de la Investigación	19
Objetivos	24
Limitaciones y Delimitaciones	25
CAPITULO II.....	26
MARCO TEORICO	26
Cáncer	26
Cáncer Testicular	27
Seminomas:.....	28
No seminomas:	29
Epidemiología del Cáncer Testicular.....	30
Factores de riesgo en el cáncer testicular.....	31
Autoexamen Testicular	33
Nivel de aplicación de la Autoexamen Testicular	35
Factores involucrados en la realización del Autoexamen Testicular.....	38
Nivel de conocimiento y aplicación del AT en estudiantes universitarios	41
Modelo de Creencias en Salud.....	44
La auto-eficacia.....	47
Instrumentos desarrollados con el MCS para CT y AT.....	49
CAPITULO III	53
MÉTODO	53
PARTICIPANTES	53
APARATOS E INSTRUMENTOS	55
Diseño utilizado	56
Recolección de Datos.....	56
Análisis de Datos	56
CAPITULO IV	58
RESULTADOS	58
Niveles de conocimiento y aplicación del AT	59
Dimensiones del MCS y el AT	61
Propiedades Psicométricas de la Escala.....	64
Análisis Factorial Exploratorio.....	64
CAPITULO V	69
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	78
ANEXOS	87

Consentimiento Informado	87
Cedula de datos personales	89
Escala de Creencias de Salud para el Autoexamen de Detección de Cáncer	
Testicular	90

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Estadística sobre conocimiento del cáncer testicular	38
2. Constructos del Modelo de Creencias en Salud	48
3. Frecuencias de Datos Sociodemográficos de la Muestra Obtenida	56
4. Coeficiente de Confiabilidad para las Dimensiones del MCS	57
5. Nivel de Conocimiento de AT en General	61
6. Medios de Aprendizaje de AT	62
7. Nivel de Aplicación del AT	62
8. Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors	63
9. Análisis de comparación de las dimensiones de la escala MCS AT entre los que conocen y no sobre el AT	64
10. Prueba U de Mann-Whitney para los Índices de las escalas del ECSCT por realización de AT	65
11. Coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de Bartlett	66
12. Matriz de Factores rotados ^a	67
13. Coeficiente de confiabilidad	70

Lista de Figuras

Figura	Página
1a. Autoexamen Testicular	34
2b. Autoexamen Testicular (Continuación)	35
3. Esquema del Modelo de Creencias en Salud, Rosenstock, 1974	46

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El cáncer representa para la humanidad un fuerte problema de salud, que se encuentra en auge desde finales de siglo XX y con tendencia ascendente en el siglo XXI. Los esfuerzos de los sistemas de salud en torno al cáncer varían desde la prevención hasta los cuidados paliativos y constituyen una gran cantidad del gasto público en este rubro sobretodo en las naciones económicamente desarrolladas y las “emergentes”. En ese sentido es un hecho que la prevención y la detección oportuna de estas enfermedades representan no solo un mejor pronóstico para el paciente sino un ahorro sustancial a los sistemas de salud, es por eso que estos niveles de atención deben ser una parte importante de la investigación en este campo.

El cáncer testicular (CT) es un crecimiento tumoral que afecta principalmente a hombres jóvenes de 15 a 40 años aproximadamente y en México representa el tumor solido más curable, siendo después del cáncer de próstata la neoplasia urológica más frecuente en hombres en edad laboral (Giannandrea et al., 2013).

La detección del cáncer testicular puede ser llevada a cabo por diversos procedimientos. El autoexamen testicular (AT), una técnica para la detección oportuna que consiste en explorar los testículos en busca de posibles anormalidades, puede significar la base de una detección temprana del padecimiento, ya que es considerada como un método sencillo y eficaz para detectar el CT (Rovito, Cavayero, Leone y Harlin, 2014; Price, Charlton, Simango y Smith, 2011).

Sin embargo un problema frecuente con el AT es el nivel relativamente bajo de conocimiento acerca de esta y un nivel mucho más bajo aún en el porcentaje de hombres que la realizan con frecuencia, es por este motivo que un factor de suma importancia en la investigación sobre el CT es evaluar el conocimiento de las diversas poblaciones acerca de esta enfermedad, el conocimiento del AT y la frecuencia en que es utilizado, de la misma manera es importante evaluar las causas o factores que intervienen en la realización de la conducta auto-exploratoria.

La investigación sobre el AT ha sido realizada en numerosos países del mundo, en Turquía podemos mencionar el estudio llevado a cabo por Ugurlu et al. (2011) entre estudiantes universitarios donde se relevó que un 44% de los hombres habían escuchado sobre el AT durante su educación, pero solo un 17% lo habían efectuado alguna vez, se determinaba que las principales razones de no llevarlo a cabo es que no sabían de su existencia o no lo consideraban importante. Otro estudio de interés fue una investigación realizada entre jóvenes estudiando en una academia del ejército donde solo el 23.3% sabía algo sobre el CT, un 6.8% sabía lo que era el AT y la cantidad de jóvenes que habían llevado a cabo este procedimiento alguna vez en su vida se redujo al 4.7% (Göçgeldi, Koçak, Ulus, Yeğiner y Başal, 2011).

Por otra parte en los Estados Unidos, un estudio entre estudiantes de preparatoria reveló que un 42% de los sujetos había escuchado del AT, un 22% lo había llevado a cabo por lo menos una vez en la vida y solo un 8% lo hacía con frecuencia mensual (Neef et. al., 1991). Además Cooper, Blow y Dixie (2014) reportan en una investigación realizada a estudiantes de preparatoria de origen hispano que el 64% de los sujetos nunca habían llevado a cabo una AT, los factores que aumentaban la posibilidad de

llevarla a cabo eran, el conocer el AT y el estar informado sobre el CT y su auto-examen.

En el Reino Unido, Wordsworth (2002) publicó que de acuerdo a un estudio realizado para evaluar el conocimiento sobre el CT, el AT y la frecuencia con la que esta era realizada; encontró que aunque la mayoría de los hombres sabían algo sobre el CT (90%) solo un cuarto de los participantes efectuaba el AT mensualmente.

Por su parte en Holanda fue llevado a cabo un estudio con estudiantes de preparatoria por Lechner, Oenema y Nooijer (2002) el cual reveló un bajo conocimiento sobre el CT y el AT, en este se contemplaban factores como el conocimiento de la enfermedad, actitudes y auto-eficacia obteniendo resultados en los cuales solo un 2% de dichos estudiantes llevaba a cabo esta práctica, después de la aplicación del cuestionario en el que se obtuvo este dato y tras ser informados sobre ambos temas, un 41% de los estudiantes mostraron una actitud positiva hacia realizar el AT.

McDermott y Thornhill (2010) observaron en un estudio longitudinal en Irlanda, que a través de los últimos 20 años el conocimiento sobre el AT ha aumentado, de la misma manera se observó que los hombres con mayor conocimiento de la técnica eran más propensos a realizarla.

En un estudio realizado por Kyle, Forbat y Hubbard (2012) en gran Bretaña que tuvo como objetivo evaluar el conocimiento en adolescentes sobre: síntomas de cáncer, cánceres comunes, y la relación entre el cáncer y la edad; demora y barreras percibidas en la búsqueda de consejo médico; y examinar la variación por edad, género, etnia y si los adolescentes conocían a alguien con cáncer. Los investigadores encontraron que Uno de cada cuatro adolescentes (26.2%) no sabía los signos o síntomas de cáncer. "Tumor o inflamación fueron los síntomas más reconocidos (64.4%). El porcentaje de

varones que indicaron que no sabían las señal de advertencia o síntomas del cáncer fue casi el doble que la de las mujeres con un 34.0% vs. 17.5 lo cual fue estadísticamente significativo.

El porcentaje de participantes de otros orígenes étnicos que no podían recordar al menos un síntoma fue 1.75 veces mayor que la de los adolescentes blancos (43.8% vs. 24.9%). El porcentaje de los adolescentes que no conocían a alguien con cáncer y que no podía recordar un signo o síntoma de cáncer fue casi el doble de los adolescentes que conocían a alguien con el cáncer (36.2% vs. 18.8).

En un estudio realizado por Ozturk, Unalan y Guleser (2014) se indagó sobre el nivel de conocimientos de técnicos que trabajaban en hospitales sobre el CT y el AT y determinar los niveles de conciencia y aplicación del AT, se encontró que la primera razón para no hacer el AT fue "no-saber" entre los técnicos (48.1%) mientras que era "ignorancia" entre los controles (66.8%). De los técnicos que realizan el AT, el 37.5% lo hizo cuando llegó a su mente, mientras que el 51,7% de los controles llevo a cabo el AT varias veces en el año anterior. Los técnicos tuvieron significativamente más miedo de adquirir CT que los controles. Por último los autores determinaron importante sugerir a partir de los resultados planificar y aplicar enseñanzas de salud con el fin de aumentar la información sobre el CT y AT, de los hombres, en particular aquellos que están en riesgo y profesionales de la salud, así como repetir periódicamente la evaluación de la eficacia de la enseñanza

Cabe destacar que aún entre sectores con mayor nivel de conocimiento sobre el CT y AT como son los médicos, hay una falta de constancia en la aplicación de la técnica. Un estudio realizado en los E.U. con residentes de pediatría demostró que Catorce (29%) de los residentes varones indicaron que hacían AT al menos una vez al

meses, y 30 (61%) informaron de la realización del AT por lo menos cada 3 meses. La razón más frecuente para no realizar el AT mensual fue "sé cómo, pero se me olvida hacerlo" (97%). Cuarenta (40%) de todos los residentes informaron de la enseñanza del AT a sus pacientes jóvenes de 12 a 21 años de edad, durante un examen físico de rutina anual. Las 2 razones más comunes para no enseñar AT fueron "nunca pensaron incluir el contenido" (36%) y "falta de tiempo" (29%). Los residentes de más alto nivel informaron del AT a sus pacientes varones durante un examen físico de rutina anual con más frecuencia (51%) que los residentes de pediatría de primer año (21%). No hubo diferencias en la enseñanza del AT entre los residentes masculinos que reportaron la realización del AT (43%) y los que no realizan (37%). No hubo asociación entre el conocimiento del AT y el cáncer testicular con la enseñanza de AT o la práctica de las AT (Brenner, Hergenroeder, Kozinetz y Kelder, 2003).

En referencia a investigaciones de corte cualitativo datos recogidos de los grupos focales mostraron que la adherencia de los jóvenes a valores "masculinos" como el estoicismo, la evitación y la solidez influyen en su actitud general hacia la salud, su preparación para realizar un AT, su deseo de visitar a un médico para un chequeo de testículos y las formas que podrían buscar ayuda si alguna vez fueran diagnosticados con la enfermedad (Singleton, 2008).

En base a lo anterior y el análisis de los diversos estudios publicados acerca del AT demuestran que existe una tendencia mundial respecto a la baja aplicación del AT, con ligera mejoría en los países más desarrollados (Göçgeldi et al., 2011). Casey, Grainger, Butler,

Definición del Problema

Como se ha expuesto anteriormente existe una gran importancia de la detección oportuna del CT que puede ser lograda de manera sencilla mediante el AT, sin embargo antes de poder plantear cualquier tipo de intervención al respecto es necesaria una comprensión del nivel de conocimiento sobre el CT y el AT en los jóvenes en edad de riesgo para padecer CT, la tasa de realización de esta técnica, el modo en que fue aprendida, las percepciones respecto al CT y AT, etc. Ante esta situación podemos encontrar con una revisión en la literatura científica de nuestro país hasta la fecha no se han producido investigaciones como las ya mencionadas en otros países. Si bien existen un par de programas enfocados en la detección oportuna del CT llevados a cabo por organismos gubernamentales y no gubernamentales, es relevante notar que a la carencia de estudios que indaguen en los factores que intervienen en la realización del AT en la población objetivo de estos programas puede representar un probable flanco débil que podría mermar la efectividad de estos programas. Al respecto del presente estudio se plantea indagar en estos factores mediante el Modelo de Creencias en Salud (MCS) el cual explora los siguientes factores: Susceptibilidad percibida, Severidad Percibida, Barreras Percibidas, Beneficios Percibidos, Auto-eficacia y Motivación en salud. Debido a la selección de este modelo fue necesario validar un instrumento fundamentado en el MCS y adaptado al CT, por lo cual es de interés para esta investigación llevar a cabo los procesos pertinentes para esta validación e indagar en las propiedades psicométricas de dicho instrumento una vez aplicado a la muestra obtenida por este estudio.

En reflexión a lo anterior se formularon las preguntas de investigación: ¿Cuál es la validez factorial de la Escala de Creencias en Salud para Cáncer Testicular de Altinel y Avci?, ¿Existen diferencias en las dimensiones del MCS de los estudiantes Universitarios que saben realizar el AT y los que no?, ¿Existen diferencias en dimensiones del MCS de los estudiantes Universitarios que realizan el AT y los que no?, ¿Cuál el nivel de conocimiento sobre el CT y AT en estudiantes universitarios?, ¿Cuál es el nivel de aplicación del AT entre los estudiantes universitarios que la conocen?. Todo esto podría permitir un nuevo planteamiento en torno al financiamiento y las estrategias utilizadas para los programas de salud al respecto.

Justificación de la Investigación

La importancia de conocer en primera instancia el nivel de alerta sobre el CT así como el nivel de conocimiento y aplicación del AT y los factores involucrados en esto, radica en ser el primer paso lógico antes de plantear una intervención al respecto, lo que podría llevar a los jóvenes a lograr una detección temprana, cuyo beneficio radica en tres puntos esenciales:

- El aumento de la probabilidad de supervivencia
- El menor costo de intervención
- Los menores efectos secundarios al evitarse tratamientos para fases avanzadas del CT.

Sí bien es importante destacar que existen ciertas críticas al AT, en cuanto a la ausencia de estudios que prueben su eficacia (Ilic y Miso 2011), una revisión sistemática en el tema llevada a cabo por Rovito et al. (2014) propone que la acción de llevar a cabo el AT puede servir como una herramienta no sólo para la detección del CT, sino de otros problemas de salud urogenital específica de hombre, como varicocele, hidrocele, entre otros. Además, sugiere que el AT puede también ayudar a fomentar actitudes para tomar decisiones informadas entre los varones con respecto a problemas de salud y opciones de tratamiento. También debe considerarse que el aumento global en casos de CT supone que miles de hombres jóvenes en nuestro país serán diagnosticados cada año y su probabilidad de supervivencia y calidad de vida posterior dependen de la fase en la que este cáncer sea detectado y tratado (Trabert, Chen, Devesa, Bray y McGlynn, 2015).

Un factor clave para el tratamiento exitoso del CT es el diagnóstico oportuno, en un estudio realizado por Huyghe et al. (2007), se encontró que existe una fuerte correlación entre el retraso del diagnóstico (Definido como el tiempo que transcurre entre la aparición del tumor y el día en que es diagnosticado) y la probabilidad de supervivencia de los pacientes, al ser el único método para la detección de un posible CT, sin ayuda de un especialista, el AT se posiciona como una herramienta útil para lograr el mencionado diagnóstico oportuno.

Otra razón importante de la detección temprana del CT es el costo que su tratamiento representa para el sistema de salud y el paciente, en ese sentido Aberger, Wilson, Holzbeierlein, Griebing y Nangia (2014), reportaron en un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos con el objetivo de establecer el costo-beneficio monetario del AT y las atenciones médicas posteriores a este padecimiento, que un solo tratamiento para el CT en una fase avanzada equivalía a 313-330 visitas médicas, de 180 a 190 citas médicas con el uso de ultrasonido escrotal, 79-83 citas médicas con ultrasonido escrotal de manera serial y pruebas de laboratorio, 6-7 citas que resultarán en orquitectomía inguinal radical para patología benigna o 2-3 citas que resultarán en tratamiento y vigilancia de CT en fase inicial. Esto llevó a los anteriores autores a cuestionar un comunicado de la Fuerza de Trabajos Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF por sus siglas en inglés) de clasificar que al AT en un rango “D” lo que significa que hay una certeza moderada de que no hay un beneficio neto en realizarla. Estos datos parecen ser generalizables a cualquier sistema médico moderno incluyendo el de nuestro país.

Además debido a que la detección del CT en una fase inicial no solo mejora la probabilidad de recuperación, sino que evita al paciente ser sometido a más procedimientos médicos con la finalidad de erradicar el cáncer como lo son la

radioterapia y la quimioterapia (National Cancer Institute, 2014) los cuales a su vez traen consigo un repertorio de efectos secundarios que afectan la calidad de vida de los pacientes con cáncer como lo son la infertilidad y la disfunción sexual que están asociados a tratamientos con quimioterapia y otros procesos quirúrgicos como mencionó Hartmann et al. (1999).

En ese mismo sentido datos obtenidos en un estudio llevado a cabo por Tal, Stember, Logmanieh, Narus y Mulhall (2014) evidenciaron que la mayoría de los hombres que pasaron por un tratamiento para CT, reportaron algún grado de disfunción eréctil. Hege et al. (2012) determinaron tras un estudio que los hombres sometidos a tratamiento de cisplatino por CT tendían a tener problemas de salud posteriores como otros tumores malignos y enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto es importante considerar que la realización periódica y rutinaria del AT como factor de detección temprana trae consigo el beneficio de evitar al paciente severos efectos secundarios de los mencionados tratamientos.

Por lo que el indagar en los factores que facilitan o entorpecen la realización del AT, puede ser de gran beneficio para programas de salud enfocados en la detección temprana y tratamiento del CT; existen opiniones de especialistas en nuestro país que sugieren algunas explicaciones para la poca tendencia a realizar el AT en los jóvenes el oncólogo pediatra Armando Martínez Ávalos declara que “muchos niños comienzan a sentir que uno de sus testículos crece más, y de manera rápida, como en esta sociedad nos enseñan a los hombres que entre más grandes tengas tus genitales, más hombre eres, no dicen nada, o también lo callan por pudor, pero cuando se dan cuenta que es otra causa y se lo cuentan a los padres, el cáncer avanzó con gran velocidad” (Castañeda, 2013). No

obstante nuestro país carece de estudios científicos que evalúen las razones de este tipo de actitudes.

De acuerdo a un reportaje de Pérez (2013) por el diario “El Universal”, en ese año más de 5000 jóvenes serían diagnosticados con CT y la mayoría no contaría con la información suficiente para hacer frente a esta enfermedad. De acuerdo a un superviviente de esta enfermedad que inició una campaña para la detección temprana llamada “Bolas en juego” sugiere que los principales problemas para lograr dicha detección es la creencia de que el malestar pasará con el tiempo, así como el orgullo masculino que dificulta asistir al urólogo cuando surgen malestares en los genitales.

Es debido a estos factores que se ha decidido implementar la aplicación de un instrumento basado en Modelo de Creencias en Salud (MCS), para determinar la importancia de una amplia gama de factores que podrían estar relacionados con la facilitación o impedimentos para realizar el AT. El MCS ha sido utilizado en algunas investigaciones acerca del CT y el AT por medio de diversos instrumentos que utilizan los constructos teóricos del modelo para formular una serie de preguntas que arrojan datos sobre la importancia de cada variable al dar una explicación sobre la realización del AT (Altinel y Avci, 2015; Lodyga, 2013). Su efectividad ha sido comprobada en estudios como el de McClenahan, Shevlin, Adamson y Bennet (2007) en el cual se puso a prueba el MCS y el Modelo de la acción planificada (MAP), los autores concluyeron que este modelo explicaba un 56% de la intención y un 21% del comportamiento respecto al AT (50% y 22% respectivamente para el MAP), encontrando además que la autoeficacia era el constructo con mayor peso para predecir la conducta en cuanto a la realización del AT.

Por último la aplicación de este estudio con jóvenes universitarios se considera como pertinente debido a que este sector de los jóvenes se encuentra en la edad de riesgo de padecer CT y además al ser el sector más preparado académicamente, este constituye una influencia educativa para futuras generaciones, lo cual refuerza la importancia de representar un ejemplo en conocimiento y conductas en favor de la salud para el resto de la población. Es también importante destacar que los universitarios poseen más herramientas para comprender la importancia de la presente investigación y participar voluntariamente en ella.

Objetivos

Objetivo general:

Realizar un estudio fundamentado en el MCS que inquiera sobre los niveles de conocimiento y realización del AT, además de evaluar si existen diferencias en las dimensiones del MCS entre los estudiantes que conocen y practican el AT y aquellos que no conocen y practican el AT; para lo cual se validará también un instrumento basado en el modelo ya mencionado y enfocado en la problemática del CT y el AT.

Objetivos Específicos:

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre el AT en estudiantes Universitarios
- Conocer el nivel de realización del AT estudiantes Universitarios
- Comparar las dimensiones del MCS de los estudiantes Universitarios que saben realizar el AT y los que no.
- Comparar las dimensiones del MCS de los estudiantes Universitarios que realizan el AT y los que no.
- Evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Modelo de creencias de salud para la Autoexamen testicular

Limitaciones y Delimitaciones

- El estudio será útil para tener una idea del nivel de conocimiento sobre CT y AT en la población de la U.A.N.L. sin embargo por rigurosidad metodológica los resultados no pueden ser generalizados a esta población en su totalidad.

Delimitaciones:

- Debido a que no se previó algún tipo de incentivo material a los participantes, el estudio dependió totalmente la voluntad de estos para contestar el instrumento y cuestionario.
- Basándose en el punto anterior, no se puede garantizar la calidad, autenticidad u honestidad de las respuestas obtenidas por los estudiantes en el instrumento seleccionado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Cáncer

El cáncer es un término genérico para un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. Otros términos utilizados son Neoplasias y tumores malignos. Una característica del cáncer es la creación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites habituales y que luego pueden invadir las partes adyacentes del cuerpo, esparciéndose a otros órganos, este último proceso se conoce como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

El cáncer es una enfermedad genética compleja que es causada principalmente por factores ambientales. Los agentes causantes de cáncer (carcinógenos) pueden estar presentes en los alimentos y agua, en el aire y en productos químicos. En 1996 hubo 10 millones casos nuevos de cáncer en todo el mundo y 6 millones de muertes atribuidas al cáncer. Para el 2020 se prevé que será de 20 millones de nuevos casos y 12 millones de muertes. Parte de la razón de esto se debe al aumento de la esperanza de vida y el hecho de que la mayoría de los cánceres son más comunes con el envejecimiento de la población (Alison, 2001).

Existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

Cáncer Testicular

Los tumores testiculares son crecimientos en el testículo. Que generalmente ocurren en los primeros 2 años de vida o durante la adultez temprana después de entrar en la pubertad. Los tumores en niños que se producen durante los 2 primeros años de vida son generalmente diferentes de las que ocurren después del inicio de la pubertad. Antes de los 2 años la mayoría de los tumores testiculares son benignos y no se propaga por todo el cuerpo, sin embargo, aún necesitan una operación. Algunos tumores testiculares que ocurren en los niños pequeños pueden ser malignos, y éstos se pueden propagar por todo el cuerpo a los pulmones, hígado, ganglios linfáticos, cerebro o la médula espinal. Después de la aparición de la pubertad, la mayoría de los tumores testiculares son malignos. Una masa indolora en el testículo es el síntoma más común de un tumor testicular. Otros síntomas pueden incluir una sensación de pesadez en el

escroto, un dolor sordo en la ingle y dolor o molestia en el testículo o el escroto (Mottet et al. 2004)

Más del 90% de los tumores cancerosos de testículo se presentan en células especiales llamadas *células germinales*, las cuales producen los espermatozoides. Los dos tipos principales de tumores de las células germinales en los hombres son:

- Seminomas
- No seminomas, los cuales están compuestos por el carcinoma embrionario, el carcinoma del saco vitelino, el coriocarcinoma y/o el teratoma

Estos dos tipos ocurren aproximadamente en un número similar de veces.

Muchos cánceres de testículo contienen células no seminomas y células seminomas.

Estos tumores con células germinales mixtas se tratan como no seminomas debido a que crecen y se propagan como tales.

Seminomas:

Los seminomas tienden a crecer y a propagarse más lentamente que los no seminomas. Los dos subtipos principales de estos tumores son los seminomas clásicos (o típicos) y los seminomas espermatocíticos. Los médicos pueden diferenciarlos por la apariencia bajo el microscopio.

Seminoma clásico: más del 95% de los seminomas son clásicos, normalmente éstos se dan en hombres entre las edades de 25 y 45 años. **Seminoma espermatocítico:** este tipo de seminoma es poco común y tiende a presentarse en los hombres de edad avanzada. La edad promedio de los hombres diagnosticados con seminoma espermatocítico es de aproximadamente 65 años. Los tumores

espermatocíticos tienden a crecer más lentamente y tienen menos probabilidad de propagarse a otras partes del cuerpo en comparación con los seminomas clásicos.

Algunos seminomas pueden aumentar los niveles sanguíneos de una proteína llamada gonadotropina coriónica humana (*human chorionic gonadotropin*, HCG). La HCG se puede detectar mediante una simple prueba de sangre y se considera como un marcador tumoral para ciertos tipos de cáncer de testículo. Se puede usar para el diagnóstico y para verificar cuán bien el paciente responde al tratamiento.

No seminomas:

Estos tipos de tumores de células germinales usualmente se presentan en hombres que están en los últimos años de la adolescencia y a principios de los 30's. Los cuatro tipos principales de tumores no seminomas son:

- Carcinoma embrionario
- Carcinoma del saco vitelino
- Coriocarcinoma
- Teratoma

La mayoría de los tumores son una mezcla de diferentes tipos (algunas veces también con un componente seminomatoso), pero esto no altera el abordaje general del tratamiento de la mayoría de los cánceres no seminomas (American Cancer Society, 2015).

Aunque la tasa de recuperación del cáncer testicular es alta comparada con otros tumores, un estudio realizado por Miki, et al (2014) encontró que el diagnóstico certero

y el tratamiento multimodal son esenciales para una recuperación efectiva, desde pacientes con buena, intermedia y pobre prognosis (99.1%, 100% y 79% respectivamente).

Oldenburg, et al (2015) encontraron que en caso de una detección temprana en la cual el CT se encuentre en etapa uno ,el método de vigilancia es preferido sobre otros métodos como la quimioterapia ya que ahorran al paciente ansiedad, estrés e interrupción de su vida cotidiana.

Otro problema enfrentado por los pacientes con CT o supervivientes de este, son altos niveles de fatiga crónica que tienen un impacto significativo en la vida cotidiana de estas personas, Sprauten, et al (2015) encontraron que la mayoría de 812 supervivientes del CT padecían un nivel mayor de fatiga crónica a comparación de otros hombres.

De acuerdo a datos obtenidos por Amidi et al (2015), hombres que recientemente habían sido sometidos a operación quirúrgica para el tratamiento del CT, reportaban un pobre respuesta cognitiva en pruebas neuropsicológicas a comparación de sujetos sanos.

Epidemiología del Cáncer Testicular

Diversos reportes indican que el CT es el tumor maligno más prevalente en hombres jóvenes en países de primer mundo y que su tasa de aparición ha aumentado en las últimas dos décadas (Nigam, Aschebrook-Kilfoy, Shikanov y Eggener, 2015)

Según los últimos reportes epidemiológicos en México de la Secretaría de Salud Pública, se reportaron en 2006 un total de 1361 casos nuevos de CT, lo que representa el 1.28% de todos los tumores malignos reportados en ese año. En 2008 se reportaron 3,598 hospitalizaciones por CT, representando la doceava causa de hospitalización por tumores malignos en el país (SSP, 2011).

Se reporta que aunque en nuestro país la incidencia de esta enfermedad es relativamente rara teniendo un 2.4 a 4.8 casos por 100,000 hombres, el índice de mortalidad de esta enfermedad se considera como uno de los peores en el mundo, en el rango de 0.7 a 1 por 100,000 habitantes, lo cual es comparable a países muy poco desarrollados como Mongolia o Niger (Rosen, Jayram, Drazer y Eggener, 2011). Sin embargo se trata de una enfermedad que detectada y tratada en sus fases iniciales, representa un aproximadamente 96% de probabilidades para el paciente de recuperarse (Siegel et al., 2012).

Factores de riesgo en el cáncer testicular

Existen diversos factores de diversa naturaleza que pueden incrementar la posibilidad de padecer CT, al explorar los rangos de morbilidad de esta enfermedad a nivel global se ha encontrado que ciertas poblaciones como los hombres del norte de Europa son más propensos a este padecimiento con tasas de 8 a 9 detecciones de CT por cada 100,000 hombres y por su parte poblaciones africanas o del este asiático reportaron menos de una detección por cada 100,000 hombres (Chia et al., 2010). Algunos estudios

como el de Sui, Morrow, Bermejo y Hellental (2015) sugieren que la ocurrencia del CT es más frecuente en hombres caucásicos que en otras razas.

Dentro los aspectos psico-sociales que permean el desarrollo del CT en un hombre, cabe destacar que los hombres suelen encontrar menos grupos de apoyo, recursos y atención que las mujeres (Peate, 2011)

En un estudio realizado por Smith, et al (2013) se llegó a la conclusión de que los pacientes supervivientes de CT a 5 años, muestran diversas carencias en apoyo emocional que ocasionaban distrés en estos pacientes a pesar de la prognosis favorable. Otro estudio reportó que independientemente de la seriedad de su enfermedad, la mayoría de los hombres que padecieron CT experimentaron una crisis psicológica durante su diagnostico, además de que la mayoría deseaba haber tenido alguna clase de apoyo psicológico durante este proceso (Skoogh, Steineck, Johansson, Wilderäng, Stierner, 2013). Por otro parte Li et al. (2015) afirman que el uso de suplementos para la construcción muscular puede ser considerado como un factor de riesgo para padecer CT.

Un metanálisis realizado por Wang, et al (2015) descubrió que hay una correlación significativa entre el padecimiento de microlitiasis testicular y el desarrollo del cáncer testicular. La genética es un factor que se ha identificado como relevante para la predicción de la aparición del CT, lo cuales es abordado por Kharazmi, et al (2015) en un estudio donde se determinó que los hombres con familiares que habían padecido CT, estaban en un mayor riesgo de padecer ellos mismos CT e incluso aparecer en el mismo rango de edad que sus familiares.

Autoexamen Testicular

El Autoexamen Testicular (AT), es un autoexamen con el objetivo de familiarizarse con el tamaño y la forma normal de los testículos, lo que te permitirá descubrir la presencia de algo diferente o anormal en el futuro. El AT es la forma más efectiva de detectar tempranamente alguna anomalía como el CT.

Cabe señalar que todos los hombres al iniciar la pubertad deben comenzar a realizar mensualmente una AT. Es recomendable seleccionar un día que sea fácil de recordar, por ejemplo, el primer día del mes y examinar los testículos durante o después de un baño con agua tibia.

Recomendaciones

- El mejor momento para hacerse el examen de sus testículos es durante o después de un baño o ducha, cuando la piel del escroto está relajada.
- Se debe procurar mantener el pene apartado durante el examen de cada testículo por separado
- Es normal que un testículo sea más grande que otro.

Paso 1. Se debe sostener el testículo entre los pulgares y los dedos con ambas manos y rodarlo lentamente entre los dedos, esto con el fin de buscar o sentir abultamientos. Este paso debe repetirse de igual manera con el otro testículo.



Figura 1ª. Autoexamen Testicular

Paso 2. Palpar a lo largo del epidídimo, (parte alargada como un tubo que está detrás del testículo), para sentir algún tipo de hinchazón.

Paso 3. La AT debe enfocarse en buscar y sentir cualquier abultamiento duro o nódulo (masa redonda uniforme) o cualquier cambio en el tamaño, forma o consistencia de los testículos.

Paso 4. Colocarse frente a un espejo para observar los testículos, reconocer su forma y color y buscar cualquier posible hinchazón o inflamación

Posibles señales de alerta:

- Protuberancia en uno de los testículos que por lo general no causa dolor
- Cambio en la forma y tamaño del testículo.
- Dolor leve y persistente en la zona de la ingle
- Retención de líquido en el escroto que provoque hinchazón.
- Sensación de pesadez en el escroto.
- Dolor o molestia.



Figura 2b. Autoexamen Testicular (continuación)

Nivel de aplicación de la Autoexamen Testicular

Diversas investigaciones se han dado a la tarea de explorar no solo el nivel de conocimiento sobre el CT y el AT sino la tasa en que dicha técnica es realizada por la población masculina que se encuentra en una etapa de la vida con mayor probabilidad de riesgo para padecer CT.

Un estudio realizado por Barnes (2000), se encontró que el 67% de los participantes reportaron nunca llevar a cabo una AT, 25% dijeron hacerlo una vez cada entre 6 meses a 1 mes y 8% una vez al año. 41% habían recibido alguna información sobre el AT con anterioridad, la población hispánica de la muestra tenía la tasa más alta de aplicación del AT con 56%. Por otro lado la mayoría de los participantes encontraban el AT benéfica y el CT como una enfermedad seria y a la que pueden ser vulnerables pero solo el 27% se sentía capaz de realizar adecuadamente el AT, la investigadora terminó por recomendar “Más investigación en cuanto al AT y el método por el que fue descubierta por los sujetos podría dar información útil acerca de si la recomendación de aplicar el AT una vez al mes debe ser impulsada con el mismo celo que el Autoexamen de mama”.

Katz, Meyeres y Waltz (1995), llevaron a cabo un estudio con el fin de evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo, las señales de alerta del CT y el AT en este se encontró que no había correlación entre el locus interno de control, rasgos hipocondriacos y la soledad con el conocimiento del CT y la realización del AT, sin embargo se determinó que los mejores predictores para estas variables eran el miedo a padecer CT y la seguridad en poder efectuar correctamente el AT.

En una revisión sistemática realizada por Wanessa et al. (2011) en el cual se buscó identificar evidencias de estrategias preventivas para CT y cáncer de pene, los

autores llegaron a la conclusión de que “Se percibe que las estrategias de prevención de cáncer testicular y de pene están orientadas principalmente a problemas socio-económicos, primordialmente la educación.” “El AT se considera como la más influyente y eficiente estrategia de prevención para el CT, se recomienda que el éxito de esta técnica sea ampliado con campañas de difusión en diversos medios”. Además resulta interesante que los investigadores destacaron el rol de la madre como educadora en la infancia y el impacto que puede tener el enseñar o no hábitos de higiene y cuidado de la salud, incluidos el AT. De la misma manera se recomendó en general promover el AT en la adolescencia para que los jóvenes se familiaricen con este.

Sin embargo y en congruencia con lo mencionado anteriormente los autores sugieren dentro de sus conclusiones que se deben desarrollar medidas para alentar a la población masculina para solicitar información en los servicios de salud. En la práctica de la atención, se percibe que menos hombres que mujeres van a centros de salud, por lo que deben elaborarse campañas públicas para aclarar al público masculino el proceso de prevención. Además se menciona que debido a la falta de información, las mujeres asumen la responsabilidad para la prevención de la salud sexual en la pareja. Este hecho perjudica la diagnosis temprana del cáncer en los hombres por diversas razones. En este sentido, instruir a las mujeres en acciones preventivas para el cáncer testicular y del pene también se considera relevante, ya que las mujeres juegan un papel fundamental en la salud masculina.

En un estudio realizado por Wynd (2002) entre trabajadores de 18 a 35 años de una planta industrial en los E.U. se encontró que 64% de los 191 participantes reportaron raramente o nunca realizar AT, y 36% practicaba el AT cada mes o cada pocos meses. Los hombres que realizan infrecuentemente AT fueron más a menudo afroamericanos o

hispanos y tenían un menor nivel educativo. Otros factores significativos asociados con la práctica poco frecuente del AT incluyeron menos satisfacción con la actual asignación de empleo; menos satisfacción con la vida en general; mayores preocupaciones que interfieren con la vida cotidiana; problemas más graves de tipo familiar, en el trato con el cónyuge, hijos o padres y menor disponibilidad de las personas a recurrir en busca de apoyo.

Algunos otros estudios para determinar el nivel de consciencia sobre el CT y el AT son mostrados en la siguiente tabla:

Tabla 1
Estadísticas sobre conocimiento del cáncer testicular

Conocimiento del cáncer testicular (CT) y la práctica de la Autoexamen testicular (AT) en hombres.						
País	Numero de participantes	Edad de Participantes	Saben sobre el Cáncer Testicular	Saben sobre El AT	Realizan AT	Fuente
Reino Unido	202	18-50	91	85	22	Khadra and Oakeshott (2002)
Reino Unido	196	14-16	NA	8	3	Ivaz (2002)
E.U.A.	191	18-35	NA	36	32	Wynd (2002)
Reino Unido	192	18-45	90.6	NA	5.2	Moore and Topping (1999)
Austral	101	18-25	NA	46	17.8	Barling and Lehmann (1999)
<i>Continúa</i>						
Europa	7304	(SD 4.3)	NA	30	3	Wardle et al. (1994)
E.U.A.	211	18-43	40	42	9	Millon-Underwood and Sanders (1993)
E.U.A.	1,286	13-16	28	13	3.6	Vaz et al. (1988)
E.U.A.	126	14-16	NA	18	10.5	Reno (1988)
E.U.A.	64	18-40	NA	8	78	Ganong and Markovitz (1987)
Irlanda	395	18-36	68	31.1	1.3	Thornhill et al. (1986)

E.U.A.	129	21-65	61.2	9.5	9.5	Blesch (1986)
E.U.A.	147	20-60	NA	16	6.1	Goldenring and Purtnell (1984)
E.U.A.	266	18-23	NA	85	2.3	Cummings, Lampone, Mettlin, y Pontes (1983)
E.U.A.	450	18-36	90	83	25	Brown, Patrician, Brosch (2012)

Factores involucrados en la realización del Autoexamen Testicular

Algunos factores demográficos relacionados con la realización del AT son ser mayor de 35 años y tener un familiar de primera línea con cáncer testicular, así como tener un médico que lo recomiende, tener una mayor conocimiento de CT, percibir mayores beneficios, menos barreras relacionadas con la realización del AT, y así mismo mayores niveles de preocupación por el cáncer, y los pensamientos intrusivos relacionados con el cáncer testicular se asociaron positivamente con la realización regular del AT (Vadaparampil et al., 2009)

Brewer, Roy y Watters (2011) encontraron que los cinco factores que más beneficiaban a la realización del AT eran el miedo, el riesgo percibido, el conocimiento sobre la técnica y la fatalidad percibida.

En un estudio realizado en Gran Bretaña por Sheperd, Watt y Lovell (2015) cuyo objetivo fue determinar el rol de los factores socio-cognitivos y afectivos en la realización del AT. Se encontró que el 30% de la varianza en la intención de Autoexamen fue determinada por las actitudes y el autocontrol percibido del sujeto, por otro lado la sensación de alivio tras el AT como un predictor positivo y la vergüenza

como un predictor negativo también fueron detectados, en resumen puede decirse que la actitud, autocontrol percibido y alivio anticipado, son factores que motivaron a los sujetos a llevar a cabo el AT, mientras que la vergüenza significó una barrera para llevar a cabo esta técnica.

En cuanto a la predicción de la conducta este mismo estudio encontró que el autocontrol percibido y el alivio anticipado fueron los únicos factores que afectaban positiva y significativamente la conducta de autoexamen, con lo que los autores concluyeron que esos resultados destacan la importancia de factores sociales, cognitivos y emocionales en la promoción del AT, por lo que estos factores podrían mejorar la efectividad de las intervenciones del autoexamen testicular.

Woo, Brotto y Gorzalka (2010) realizaron un estudio que indaga sobre el papel de la sensación de culpa y las barreras culturales ligadas a la realización del AT. La investigación tuvo como objetivo explorar el papel de culpabilidad sexual en la relación entre la cultura y AT y el examen médico de los testículos (EMT) en Hombres euro-canadienses y chinos, en este participaron 119 Hombres chinos y euro-canadienses, pertenecientes a una Universidad de Canadá. Se encontró que Los hombres chinos obtuvieron puntuaciones más altas de culpabilidad sexual que los hombres euro-canadienses

Además, una proporción significativamente mayor de los hombres euro-canadiense reportó saber cómo llevar a cabo el AT y tenían más probabilidades de realizarla que los hombres chinos.

Una proporción significativamente mayor de los hombres canadienses informó nunca haber tenido una EMT. El efecto de la culpabilidad sexual no se relacionó estadísticamente con el hecho de realizar una AT sin embargo la culpabilidad sexual si se relacionó con realizarse una EMT sosteniendo que a mayor culpabilidad sexual menor probabilidad de realizarse un EMT

Una investigación desarrollada por Brewer y Dewhurst (2013) concentró sus esfuerzos en determinar el rol de la estima corporal (atracción física auto percibida, percepción del peso, fuerza o nivel general de condición física del sujeto hacia sí mismo), en los procesos de Autoexamen tanto de mama como testicular. Los investigadores encontraron que dentro de sus modelos de regresión logística la estima del cuerpo predijo la intención de las mujeres a participar en la Autoexamen de mama. Las mujeres con mayores niveles de atracción sexual y aquellos con bajos niveles de preocupación de peso eran más propensas a reportar una Autoexamen en el futuro. El estima corporal no pudo sin embargo, no pudo predecir la realización del autoexamen en mujeres u hombres, sin embargo es de destacar que dentro de sus resultados, la decisión de determinar que la estima corporal no está relacionada con el AT podría ser cuestionable ya que con un radio de probabilidades positivo, el resultado es descartado por tener un valor de P de .06. Los autores terminan por recomendar que las futuras investigaciones deberían indagar sobre la importancia de las creencias culturales en relación a la apariencia física, la sexualidad y el Autoexamen.

Nivel de conocimiento y aplicación del AT en estudiantes universitarios

De acuerdo a Odo y Potter (2010), los estudiantes universitarios enfrentan el mundo con un total sentido de invulnerabilidad. Los estudiantes van a la Universidad con la creencia en un mundo de posibilidades y la anticipación de los planes de futuro infinitos. En un solo golpe, el cáncer puede comprometer la inocencia, juventud y la percepción de invencibilidad del estudiante. Después, muchos jóvenes pierden un sentido de seguridad y experimentan un mayor sentido de vulnerabilidad.

Siendo uno de los grupos más explorados por los estudios sobre CT y AT los estudiantes de diversos países del mundo (como se ha mencionado con anterioridad) aunque con algunas diferencias, muestran en general bajo nivel de realización del AT, algo que de acuerdo a los estudios llevados a cabo con instrumentos basados en el MCS, podría estar mayoritariamente determinado por la falta de autoeficacia para llevar a cabo el AT (Altinel y Avci, 2015; Ramim, Mousavi, Rosatmnia, Bazyar, y Ghanbari, 2014).

En otro estudio enfocado a estudiantes universitarios Ugurlu et al. (2011) encontraron que casi la mitad de los estudiantes (44%) había oído sobre CT durante su educación y su vida. Sólo el 5,9% de los estudiantes indicaron que recibieron información sobre el AT y 17,7% habían realizado la práctica del AT antes. La mayoría de ellos no tenían información sobre la edad de aparición de cáncer testicular y dentro de los que señalaron saber, la mayoría respondió "puede ocurrir a cualquier edad" y "más de cuarenta años de edad". Sólo el 12.2% de los estudiantes visitó al médico para examen testicular. De los alumnos que recibieron información sobre el AT, recibieron esta información en su mayoría de personal de salud (43%) e internet (18%), esto último

es bastante notorio como una nueva herramienta que ofrece la tecnología para la promoción de la salud por medio del AT.

Avci, Iknur y Busra (2013) llevaron a cabo otra investigación con estudiantes universitarios en Turquía con el objeto de determinar el nivel de conocimiento, prácticas y actitudes de estudiantes universitarios hacia el CT y el AT. Los investigadores encontraron que de los estudiantes, 42.4% declaró que nunca había oído diagnóstico de cáncer testicular y el 93,8% implicaba también que nunca había oído sobre el AT antes. De los estudiantes 3.3% refirió que había conocido cómo aplicar el AT y 47,4% dijo que eran conscientes de la importancia del diagnóstico precoz. De los estudiantes 84.2% no sabía que el más frecuente el grupo de edad de cáncer testicular, el 82,9% no sabía el grupo de alto riesgo, 63.8% no eran conscientes del AT, 81.2% no tenía ninguna idea acerca de Cuándo y cómo aplicar el AT, 38.8% pensaba que TSE podría disminuir la tasa de mortalidad de CT, y 40.5% supone que si encontraron una masa en la fase temprana del tratamiento de CT no sería tan malo.

En una investigación llevada a cabo con deportistas universitarios, fueron encuestados sobre su conocimiento y práctica de técnicas de detección de cáncer temprano. Los hombres fueron casi totalmente inconscientes de su riesgo de cáncer testicular (87%). Sólo el 9.6% había sido enseñado sobre autoexamen testicular y sólo la mitad de éstos por su médico. 6% se examinaba regularmente. En comparación, más del 60% de las mujeres se les había enseñado el autoexamen del seno (75% por un médico) y sobre un tercio estaban haciendo el autoexamen regularmente. Más del 90% de los jóvenes y las mujeres había sido visto por los médicos para el examen físico dentro de los últimos 3 años. Los autores recomendaron que los médicos necesitan empezar a

educar a los hombres sobre el cáncer testicular y su detección temprana (Goldenring y Purtnell, 1984).

Trumbo (2004) publicó una investigación en la cual se entrevistó de manera telefónica a estudiantes universitarios de E.U. tras el lanzamiento de un programa televisivo enfocado a promover la intención de los estudiantes para realizar el AT, el autor encontró que los que habían visto el programa tenían mejor conocimiento sobre el CT y AT y tenían mayor intención de llevar a cabo el AT.

Otra investigación en Turquía fue llevada a cabo mediante una encuesta que constó de 10 preguntas sobre cáncer testicular y autoexamen testicular en 799 estudiantes en el primer año de 12 colegios médicos. Los autores encontraron que 89 (11.1%) de los participantes informó que tenían conocimiento sobre el cáncer testicular, pero sólo 11 (1.4%) de ellos respondieron correctamente todas las preguntas sobre el cáncer testicular. 8 (1%) de los participantes informó que había estado realizando autoexamen testicular habitualmente una vez al mes. 4 (0.5%) de ellos fueron bien informados acerca del CT y habían estado realizando autoexamen testicular una vez al mes como se sugiere (Kuzgunbay et al., 2013)

Por otro lado en un estudio desarrollado por Hachfeld, MacWilliams y Schmidt (2016) en el cual examinaron a atletas universitarios, los autores encontraron que existe una discrepancia significativa entre hombres y mujeres en la utilización de los comportamientos preventivos, obteniendo como resultado en el insuficiente conocimiento de comportamientos saludables en los hombres lo cual incluye el conocimiento sobre CT. En una revisión de registros, 34.9% de los estudiantes tenían conocimiento de la identificación del CT, que aumentó a 72.7% en estudiantes atletas. Este estudio fue diseñado para explorar la conciencia sobre el CT desde la perspectiva

de atleta de estudiante y desarrollar una teoría sustantiva. Además de desarrollar una intervención de “focus group” con los atletas para indagar sobre la posible causa de esta discrepancia entre la realización del AT, los investigadores llegaron a la conclusión de que un alto nivel de conciencia física puede explicar mayor conciencia acerca los atletas estudiantes sobre el CT y afinidad por el AT. Entender la naturaleza de la fisicalidad y cómo conduce a una mayor conciencia física podría mejorar la eficacia del desarrollo de programas de prevención en este padecimiento.

Modelo de Creencias en Salud

Sus orígenes comienzan en la década de 1950 con un grupo de Psicólogos pertenecientes al “Public Health Service” estadounidense quienes habían sido formados con una orientación fenomenología basada en las teorías de Kurt Lewin. El primer acercamiento de este grupo tiene una orientación preventiva en la cual se trataba de resolver la interrogante del porque la gente no llevaba a cabo conductas a favor de su salud que podrían evitar futuras complicaciones, a las cuales denominó “conductas de evitación”, posteriormente fue evolucionando para abordar las perspectivas de los pacientes ante los síntomas de las enfermedades y el apego a los regímenes médicos (Rosenstock, 1974).

En cuanto a la literatura científica, el primer artículo que abordaba el concepto de este modelo fue publicado por Kasl y Cobb (1966) en el “Archives of Enviromental Health”, el interés de la comunidad científica por el modelo fue creciendo con el pasar de los años y llega hasta nuestros días como un modelo viable, que sin embargo ha sido

considerablemente criticado por su excesiva abstracción y las numerosas contradicciones en sus resultados al ser aplicado.

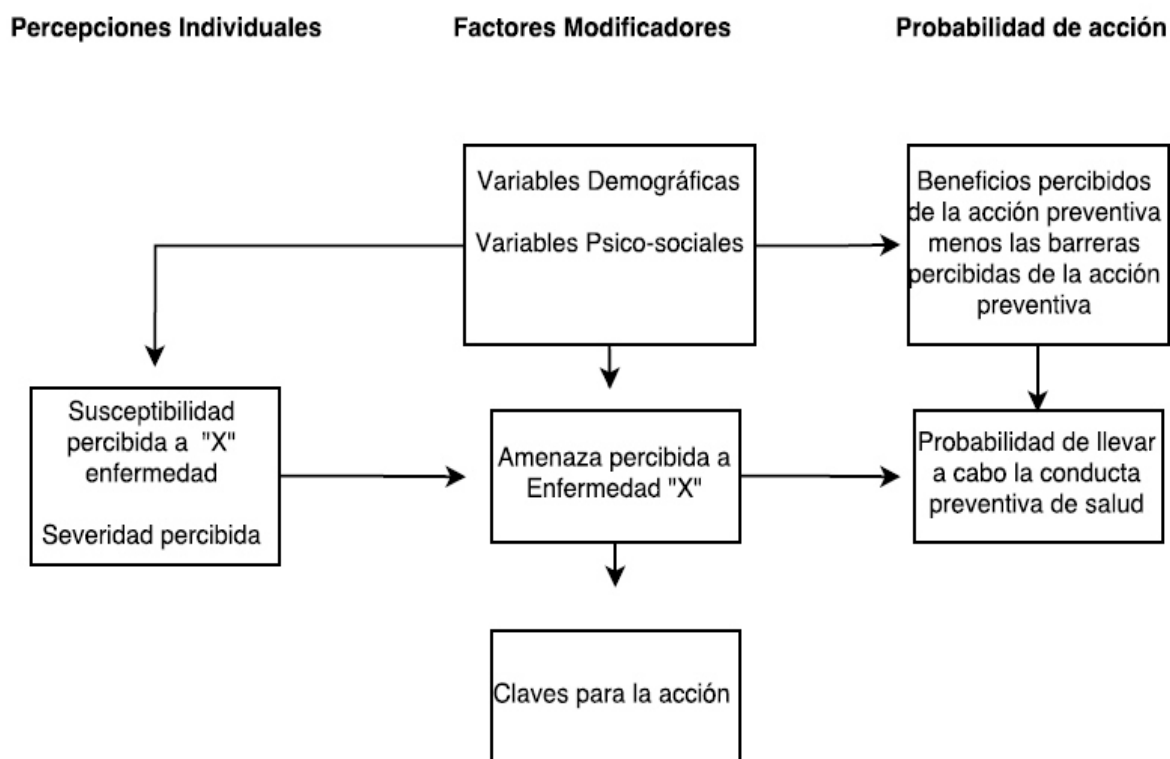


Figura 3. Esquema del Modelo de Creencias en Salud. Rosenstock, 1974

La fórmula básica del modelo de creencias de salud, radica en la teoría de que el sujeto se guía por dos variables de acción, primeramente a) el valor que atribuye a una determinada meta y b) la estimación de que una acción dada llegue a conseguir dicha meta, Lo que traducido en el campo de salud sería a) la voluntad del sujeto por evitar la enfermedad y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede evitar tal enfermedad. Las dimensiones de las que consta este modelo de acuerdo a Rosenstock serían La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas (todo esto con respecto a la enfermedad), todos estos

componentes terminarán formando una ecuación en la cual a mayor valor otorgado a las primeras tres variables y menor a la última variable, mayor será la probabilidad de llevar a cabo una conducta en favor de la salud (Janz y Becker, 1984).

Algunos autores (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974). Consideran importante destacar el papel de ciertos estímulos llamados “claves para la acción”, que pueden ser de naturaleza intrínseca (síntomas o percepciones corporales, etc.) o extrínseca (consejos de familiares, propaganda sobre la salud, etc.) los cuales también tendrán un impacto en la valoración del sujeto acerca de la enfermedad y la conducta para prevenir o tratarla.

Tabla 2.
Constructos del Modelo de Creencias en Salud

Concepto	Definición	Aplicación
Susceptibilidad percibida	Creencia acerca de la posibilidad de experimentar un riesgo de obtener una enfermedad o condición determinada.	Definir poblaciones en riesgo y niveles de riesgo. Personalizar el riesgo basándose en las características de una persona o comportamiento. Hacer a la susceptibilidad percibida más consistente con el riesgo objetivo.
Severidad percibida	Creencia de que tan severo esa una condición o enfermedad y sus secuelas.	Especificar consecuencias de los riesgos y condiciones.
Beneficios percibidos	Creencia en la eficacia de que la acción sugerida reducirá el riesgo o severidad del impacto en la salud.	Definir la acción a tomar: como, cuando, donde; clarificar los efectos positivos que son esperados.

Barreras percibidas	Creencia acerca de los costos tangibles y psicológicos de llevar a cabo la acción sugerida.	Identificar y reducir las barreras percibidas a través de la reafirmación, corrección de la información errónea, incentivos, asistencia.
Continuación		
Claves para la acción	Estrategias para activar la capacidad de “estar listo”	Proveer información de como hacer las cosas, promover la consciencia y usar los sistemas de recordatorio adecuados.
Auto-eficacia	Confianza del sujeto para lograr llevar a cabo la acción.	Proveer de entrenamiento y guía en llevar a cabo la acción recomendada. Usar metas progresivas. Proveer reforzamiento verbal. Demostrar los comportamientos deseados. Reducir ansiedad.

Nota: Recuperado de Health Behaviour and Health Education Copyright 2008 por Glanz, Rimer y Viswanath

La auto-eficacia

La autoeficacia es definida como "la convicción de que uno puede exitosamente ejecutar un comportamiento requerido para producir los resultados" (Bandura, 1977).

Bandura diferenció las expectativas de la auto-eficacia de las expectativas del resultado definidas como la estimación de una persona de que determinado comportamiento llevará a ciertos resultados. Bandura también propuso que las expectativas de autoeficacia determinan si se inicia el comportamiento para hacer frente a determinada circunstancia, cuánto esfuerzo estará dedicado, y cuánto será sostenida ante obstáculos y experiencias aversivas.

La persistencia en actividades que son subjetivamente amenazadoras pero que objetivamente son relativamente seguras, a través de experiencias de dominio, se produce una mayor mejora de la autoeficacia y la correspondiente reducción en comportamiento defensivo. En el modelo propuesto por el autor, las expectativas de

autoeficacia se derivan de cuatro fuentes principales de información: logros de rendimiento, experiencia vicaria, persuasión verbal y estados fisiológicos. Entre más confiables sean las fuentes experienciales, mayores son los cambios en autoeficacia percibida. Un número de factores se identifican principalmente como los que influyen en el procesamiento cognitivo de la información de eficacia derivados de fuentes inactivas, vicarias, exhortativas y emotivas

Aunque originalmente no fue un constructo parte del MCS, el concepto de autoeficacia fue integrado a las dimensiones del MCS por la recomendación de Rosenstock, Strecher y Becker en el año de 1988.

La Auto-eficacia se ha encontrado dentro de todos los constructos del MCS como el predictor más fuerte de la realización del AT, este constructo aborda principalmente el conocimiento y la confianza para poder realizar el AT de una manera correcta en otras palabras identificar de manera clara que podría ser una anormalidad dentro de los testículos (Altinel y Avci, 2015; Ramim, Mousavi, Rosatmnia, Bazayr, y Ghanbari, 2014). La autoeficacia ha estado ligada a muchas áreas diversas tales como rendimiento escolar, trastornos emocionales, salud mental y física, elección de carrera y cambio sociopolítico (Lodyga, 2013).

En diversos estudios indagatorios sobre el nivel de conocimiento y aplicación de la AT que han utilizado instrumentos con base en el MCS, se ha encontrado que la autoeficacia es uno de los constructos más importantes a la hora de predecir el comportamiento (la aplicación del AT), aún por encima de la susceptibilidad percibida o las barreras percibidas. De esta manera podemos considerar que la autoeficacia es uno de los constructos teóricos del MCS más importante para la predicción del comportamiento.

Instrumentos desarrollados con el MCS para CT y AT

Como ya ha sido antes mencionado el MCS ha sido un modelo ampliamente utilizado para las investigaciones que indagan en diversos factores de orden psicosocial que intervienen en la conducta de salud, es por eso que este modelo ha inspirado la construcción de numerosos instrumentos para la medición de diversas variables en un número igual de diversas enfermedades o problemáticas. En específico muchos estudios sobre CT y AT han desarrollado o utilizado instrumentos basados en el MCS y lo han encontrado efectivo para determinar los factores que influyen en la realización del AT.

Entre las investigaciones antes mencionadas podemos encontrar por ejemplo la llevada a cabo por Barnes (2000) en la cual la investigadora utilizó cuestionario adaptado de la escala desarrollada por V.L. Champion del MCS para medir variables respecto al cáncer de mama. La adaptación fue aprobada por Champion y el cuestionario resultante consta de 33 preguntas en escala Likert con rangos del 1 al 5 en cada ítem. Se indica que los cálculos estadísticos le dieron una validez de .9 al cuestionario y el estudio piloto sugirió que toma alrededor de 8 minutos en contestarse.

Una investigación por parte de Akar y Bebis en el 2014 con el objetivo de Evaluar las creencias de salud y conocimientos relacionados con Cáncer testicular (CT) y la Autoexamen testicular (AT) y evaluar la eficacia de un entrenamiento en CT y el AT en un equipo de salud en un hospital, desarrolló un instrumento basado en el MCS bajo el enfoque de V.L. Champion (CHBM por sus siglas en inglés) el cual se compone actualmente de seis grandes sub-dimensiones: susceptibilidad percibida, seriedad, los

beneficios percibidos, costos percibidos (barreras), la motivación, posteriormente se modificó por Barnes para medir las creencias de los hombres en servicio de la Fuerza Aérea en relación con CT y AT.

Las creencias sobre la salud sobre el cáncer testicular y AT se basan en el diagnóstico precoz del CT. La validez y la fiabilidad de esta escala fueron corroboradas por Gül et al. (2011) en Turquía La adaptación turca incluyó 26 preguntas que cubren las siguientes cinco sub-dimensiones: susceptibilidad percibida (cinco ítems), la gravedad percibida (siete ítems), beneficios percibidos del AT (tres ítems), las barreras percibidas a AT (cinco ítems) y autoeficacia percibida (seis ítems). Los autores encontraron un valor de fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.91 para la escala CHBM. Los alfas de Cronbach para las sub-escalas oscilaron entre 0.64 a la 0.92; se demostró que esta escala explicó el 70.7% de la varianza total en los cinco factores. En consecuencia, la escala explica en gran medida las creencias sobre las AT. La escala de respuesta va desde completamente en desacuerdo=1 hasta completamente en acuerdo =5, valores altos muestran una alta sensibilidad. Los autores reportaron el uso exitoso del instrumento en la evaluación y posterior re-evaluación tras la intervención del estudio.

Otra investigación realizada por Brown, Patrician y Brosch (2012), con el objetivo de evaluar la efectividad de dos programas basados en el modelo de creencias en salud en el aumento de la proporción de soldados en servicio activo que practican AT mensual. Se utilizó un instrumento llamado “The Blesch Health Beliefs Survey” (Blesch, 1986) para CT y AT Este instrumento consta de 4 dimensiones y está, basado en el MCS el cual evalúa la percepción de susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras de los sujetos. Las propiedades psicométricas de este instrumento se han publicado estudios anteriores. Para dicho estudio se obtuvieron valores Alfa de

Cronbach variando desde barreras (0.78) beneficios (0.85) susceptibilidad percibida (0.64) severidad percibida (0.25), resulta interesante la baja confiabilidad del ultimo constructo lo cual es congruente con lo revisado en la literatura (Glanz, Rimer y Viswanath, 2008).

En síntesis podemos explicar que el CT es un padecimiento que si bien resulta relativamente poco frecuente entre la población masculina de entre 15 a 40 años aproximadamente, tiene grandes áreas de oportunidad en su detección temprana la cual puede ser favorecida por el AT, además es de destacar que dicha detección oportuna representa una mejor probabilidad de supervivencia para el paciente, menores efectos secundarios de los tratamientos y menor costo en general para el sistema de salud por ser más sencillos y eficaces los métodos de intervención al respecto.

La mejoría de estrategias para enseñanza y promoción del AT en la población objetivo, tiene que tener como base un conocimiento solido acerca de los niveles de conocimiento y aplicación del AT así como el conocimiento en general sobre el CT, además de poder identificar cuáles son los factores que subyacen a la realización o no de la técnica en la población que sí tiene información acerca de esta, es por eso que se decide utilizar como base teórica el MCS que provee con sus constructos una visión clara y extensa de estos factores que permean la conducta del ser humano en torno a la salud y enfermedad. Tras tomar como base los estudios encontrados en la literatura científica que de la mano de este modelo teórico e instrumentos derivados de este han podido de manera eficaz indagar sobre los factores ya mencionados y de esta manera proveer de un precedente para futuras y más especializadas investigaciones así como un panorama más claro para los sistemas de salud de nuestro país en caso de implementar planes de prevención secundaria al respecto.

Uno de los aspectos más relevantes del CT es que afecta a hombres en plena edad de su desarrollo académico y laboral, dicho en otras palabras una vida cuya posible pérdida no solo afecta profundamente de manera afectiva a los seres queridos sino también de manera sustancial a la sociedad que pierde elementos productivos para su futuro, esto es de manera específica cierto y quizás aún más catastrófico en los estudiantes universitarios que representan los motores de desarrollo científico, cultural y económico de las naciones. En este contexto también surge la necesidad moral de tomar acción en torno a esta enfermedad que a diferencia de otras tiene una manera de aumentar la posibilidad de la detección temprana de manera sencilla y que puede ser promovida vía educación para la salud.

CAPITULO III

MÉTODO

La presente investigación puede definirse como descriptiva transversal en la cual el objetivo fundamental dentro del método fue seleccionar una muestra adecuada de hombres que están en el rango de edad con mayor riesgo para padecer CT (18 a a 40 años aproximadamente) y que son estudiantes universitarios, a continuación se exponen los principales puntos de pertinencia dentro del método del presente estudio.

PARTICIPANTES

Los participantes del presente estudio fueron seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, en la cual participaron 310 alumnos de la una univeridad pública de nivel superior o posgrado.

Criterios de inclusión:

Hombres

Edad entre 18 y 40 años

Estudiantes universitarios

Criterios de exclusión:

No se contemplan criterios de exclusión relevantes

Técnica de muestreo

Se utilizó un muestreo por conveniencia.

Tamaño de muestra

310

Características de la muestra

De los 310 sujetos que participaron como parte de la muestra en el presente estudio cabe destacar algunos datos como lo es la media de edad, ubicada en 19.8 años con una DE de 2.8. Por otro lado 118 sujetos provenían de una facultad denominada como parte de las ciencias de la salud, mientras que 192 estudiaban en otras facultades. Algunos otros datos de relevancia se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3

Frecuencia de los Datos Socio-demográficos de la muestra obtenida

(f)	Tiene Pareja	Profesa una religión	Historial familiar de CT	Amigos o conocidos con CT
Sí	114	117	5	18
No	195	193	305	292

Nota: N=310 f=frecuencia

APARATOS E INSTRUMENTOS

Se utilizó la Escala del Modelo de Creencias en Salud para la Autoexploración Testicular de Altinel y Avci (2015) la cual consta de 37 ítems en escala Likert (1-5) divididos en 6 dimensiones. Durante la validación del instrumento los autores llevaron a cabo la prueba de Kaiser – Meyer – Olkin y Barlett previo al análisis de factor explicativo. La medición de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo fue de 0,84, y resultados de la prueba de Barlett fueron significativos ($\chi^2 = 7969.789$, $gl = 780$, $p = 000$). El análisis factorial de la escala de autoexamen del MCS de 41 ítems informó que 6 factores fueron importantes. La confiabilidad de cada dimensión se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4

Coefficiente de confiabilidad para las dimensiones del MCS

Dimensión	α
Susceptibilidad percibida	.88
Severidad percibida	.86
Beneficios y motivación por la salud	.87
Barreras	.82
Autoeficacia	.68
Motivación por la salud	.64

Diseño utilizado

El formato utilizado para el presente estudio fue descriptivo en congruencia con el carácter de los datos que se obtuvieron y los objetivos planteados, además se trata de un estudio Transversal, ya que se llevó a cabo una sola medición por medio del instrumento aplicado.

Recolección de Datos

La recolección de los datos fue llevada a cabo de manera presencial entre alumnos universitarios de facultades pertenecientes a una universidad pública, se abordó a los alumnos en sus salones de clase (bajo consentimiento de los profesores presentes), acto seguido fueron entregados a cada uno de los participantes (que accedieron a participar) una copia del consentimiento informado, la cédula de datos y el Instrumento, posteriormente se explicó de manera breve el objetivo del estudio y las instrucciones de llenado de cada uno de los elementos proporcionados (lo cual también fue explicado por escrito), se dio el tiempo pertinente a los participantes para terminar de responder el instrumento y una vez finalizado se agradeció su participación en el estudio.

Análisis de Datos

Los datos fueron capturados y analizados en el Software SPSS versión 22, primeramente se determinó la normalidad de las variables a través de la prueba de Kolmorov- Smirnov. Se realizaron los análisis descriptivos para lo cual se obtuvo los porcentajes y frecuencias del conocimiento y práctica de la autoexploración testicular.

Posteriormente se realizó la prueba U de Mann Witney para comparar los grupos de estudiantes que sabían realizar el AT y los que no, así como los que la realizaban y los que no, en ambos casos se crearon grupos aleatorio de los participantes para homologarlos en cantidad. Para conocer las propiedades psicometricas de la Escala de Creencias de Salud para AT se seleccionaron 47 ítems y se realizó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se utilizó el método de Ejes Principales y la matriz fue rotada a través del método varimax. Para la selección de los factores se considero el numero de dimensiones que la escala ha reportado anteriormente (6), el criterio de Kaiser de autovalores mayores o iguales a 1 y los factores con cargas mayores a .30. La consistencia interna de los factores se evaluó con el coeficiente de Alfa de Cronbach.

CAPITULO IV

RESULTADOS

El propósito de este estudio fue inquirir sobre los niveles de conocimiento y realización del AT, además de evaluar si existen diferencias en las dimensiones del MCS entre los estudiantes que conocen y practican el AT y aquellos que no conocen y practican el AT; para lo cual se validó también un instrumento basado en el modelo ya mencionado y enfocado en la problemática del CT y el AT. Estos resultados podrán permitir a investigadores saber más acerca de los estudiantes universitarios en Nuevo León y juzgar la viabilidad de utilizar la escala ya mencionada para futuras investigaciones.

Se respondieron las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál el nivel de conocimiento sobre el AT en estudiantes universitarios?
2. ¿Cuál es el nivel de aplicación del AT entre los estudiantes universitarios que la conocen?
3. ¿Existen diferencias en las dimensiones del MCS de los estudiantes Universitarios que saben realizar el AT y los que no?
4. ¿Existen diferencias en las dimensiones del MCS de los estudiantes Universitarios que realizan el AT y los que no?
5. ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Modelo de creencias de salud para la Autoexamen testicular?

Las siguientes secciones muestran los resultados obtenidos en el presente estudio y se dividen en los siguientes apartados: a) Niveles de Conocimiento aplicación del AT, b) Dimensiones del MCS y el AT, c) Propiedades Psicométricas de la Escala y d) Análisis Factorial exploratorio.

Niveles de conocimiento y aplicación del AT

Pregunta de investigación número 1: “¿Cuál el nivel de conocimiento sobre el AT en estudiantes universitarios?”. Para responder a la pregunta número 1 se analizó con estadística descriptiva las respuestas a las pregunta 8 “¿Sabes cómo realizar el AT?” y adicionalmente la pregunta 9 “¿De quién aprendiste a realizar el AT?”. A continuación la Tabla 5 que permite visualizar las respuestas a tales preguntas.

Tabla 5

Nivel de conocimiento de AT en general

<i>¿Sabes realizar el AT?</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	60	19.4
No	249	80.6
Total	309	100

En seguida se muestra (Tabla 6) el medio por el cual los sujetos que aseguraron saber realizar el AT aprendieron a realizar dicha técnica.

Tabla 6

Medios de aprendizaje del AT

<i>¿Dónde aprendiste a realizar el AT?</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Personal de Salud	15	25
En Clase	16	26.7
Taller	1	1.7
Folleto Informativo	14	23.3
Internet	13	21.7
Otros	1	1.7
Total	60	100

Pregunta de investigación número 2: “¿Cuál es el nivel de aplicación del AT entre los estudiantes universitarios que la conocen?”, para responder a esta pregunta se inquirió al respecto mediante el cuestionamiento número 10 de la cédula de datos “¿Desde qué aprendiste a realizar el AT, te has realizado alguno?” y el número 11 “¿El año pasado cuantas AT hiciste?”, en la Tabla 7 exponen los hallazgos del estudio.

Tabla 7

Nivel de aplicación del AT

<i>¿Desde qué aprendiste a realizar el AT, te has realizado alguno?</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
No	10	16.7
Sí	50	83.3
Total	60	100

La Tabla 7 también refleja el nivel de aplicación del AT, naturalmente entre los sujetos que reportaron saber cómo realizar dicha técnica. En cuanto a la frecuencia anual de aplicación de AT realizadas por tales sujetos se obtuvo una media de 3.96 ($DE=7.38$).

Dimensiones del MCS y el AT

Pregunta de investigación numero 3: ¿Existen diferencias en las dimensiones del MCS de los estudiantes Universitarios que saben realizar el AT y los que no? Antes de realizar este análisis se examinó la normalidad de las variables. En la Tabla 8 se muestran los datos descriptivos de las variables continuas y numéricas y los resultados de la prueba de normalidad de los datos a través de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. En base a esta prueba y en virtud de que no hubo normalidad en la distribución de las variables continuas y numéricas, se decidió el uso de estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos planteados.

Tabla 8
Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors

Dimensión	D^a	P
Susceptibilidad	.132	.012
Severidad	.090	.001
Beneficios	.185	.001
Barreras	.095	.062
Autoeficacia	.103	.001
Motivación en salud	.111	.002

Nota: D^a = Coeficiente de Kolmogorov, p = valor de p

La Tabla 9 muestra diferencias significativas en las dimensiones de barreras, severidad y autoeficacia entre los estudiantes que conocen y los que no conocen como realizar el AT

Tabla 9

Prueba U de Mann-Whitney en análisis de comparación de las dimensiones de la escala MCS AT entre los sujetos que conocen y no sobre el AT.

Dimensión	\bar{X}	DE	U	P
Autoeficacia				
Si	65.1	20.1	441.5	.000*
No	39.7	17.7		
Susceptibilidad				
Si	29.8	18.6	1793.5	.973
No	30.8	17.7		
Severidad				
Si	38.9	15.0	13635.5	.022*
No	47.1	24.6		
Barreras				
Si	17.3	12.5	887.0	.000*
No	30.6	15.7		
Beneficios				
Si	69.6	15.9	15635.5	.323
No	70.0	17.3		
Motivación en salud			1773.5	.848
Si	62.2	19.2		
No	63.5	15.5		

Nota: n=estudiantes universitarios, \bar{X} =Media, DE=Desviación estándar, U=Estadístico de U de Mann Whitney, p=Valor de p
n=120

*= Estadísticamente significativo

Pregunta de investigación numero 4: ¿Existen diferencias en las dimensiones del MCS de los estudiantes Universitarios que realizan el AT y los que no?

E la Tabla 10 se exhiben los resultados obtenidos entre los sujetos que realizaban el AT y los que no llevan a cabo el AT.

Tabla 10

Prueba U de Mann-Whitney en análisis de comparación de las dimensiones de la escala MCS AT entre los sujetos que realizan AT y los que no.

Dimensión	\bar{X}	DE	U	P
Autoeficacia				
Si	65.7	19.6	389.5	.000*
No	42.0	19.1		
Susceptibilidad				
Si	29.0	18.7	1181.0	.630
No	30.5	18.4		
Severidad				
Si	39.3	14.7	1165.0	.560
No	39.3	26.7		
Barreras				
Si	18.1	12.9	738.0	.000*
No	30.5	18.4		
Beneficios				
Si	71.8	26.8	234.0	.000*
No	24.6	13.6		
Motivación en salud				
Si	63.0	17.8	1126.5	.393
No	60.7	16.2		

Nota: n=estudiantes universitarios, \bar{X} =Media, DE=Desviación estándar, U=Estadístico de U de Mann

*Whitney, p=Valor de p, * Estadísticamente significativo*

n=100

Propiedades Psicométricas de la Escala

Pregunta de investigación número 3: “¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Modelo de creencias de salud para la Autoexamen testicular?” Para responder a esta interrogante se exponen a continuación los siguientes análisis a) Análisis Factorial exploratorio, b) Fiabilidad

Análisis Factorial Exploratorio

Se obtuvieron los valores de Kaiser-Mayer y de la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2=5741.57$, $gl=108$, $p<.001$) en donde se muestra que fue significativa, rechazando la hipótesis nula de matriz identidad o elementos independientes. La medida de adecuación de la muestra se encontró por encima del nivel mínimo aceptable de .50, alcanzando un valor mediano de .801. Lo que indica que los elementos están relacionados (Tabla 11).

Tabla 11

Coefficiente de Kaiser-Meyer- Olkin y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral KMO		.804
Prueba de esfericidad de Bartlett	X^2	5741.575
	Gl	1081
	P	0.000

Nota: X^2 = chi cuadrada, GL= grados de libertad, p=valor de p

Al realizar el AFE con el método de ejes principales se obtuvieron los 6 factores esperados (Tabla 12), los cuales explican 43.3% de la varianza total. Sin embargo,

algunos ítems presentaron problemas al agruparse en dos factores (M1, M7, M8), dado que los ítems presentaban mayor carga en el factor esperado se decidió dejarlos. Se eliminaron algunos ítems que obtuvieron una carga menor de .30 en los factores correspondientes como el ítem BR11 y BR12, el ítem SP3 se obtuvo su carga en seriedad percibida en lugar de susceptibilidad percibida por lo que se eliminó.

Tabla 12
Matriz de Factores rotados^a

Ítems	Factor					
	1	2	3	4	5	6
BR5. Realizarme un autoexamen me será desagradable.	.753					
BR8. Toma mucho tiempo realizarme un autoexamen cada mes.	.719					
BR4. Realizarme un autoexamen toma mucho tiempo.	.685					
BR3. Los autoexámenes testiculares me serán vergonzosos.	.677					
BR9. El autoexamen testicular es doloroso.	.647					
BR1. Me siento raro cuando me realizo un autoexamen.	.615					
BR10. Si me realizo un autoexamen testicular, mi familia se burlará de mí.	.568					
BR6. No tengo la suficiente privacidad como para realizarme un autoexamen testicular.	.539					
BR7. Me aburre realizarme autoexámenes mensuales.	.521					
BR13. Evito realizarme un AT por miedo a encontrar algo (bulto)	.487					
BR2. Realizar autoexámenes testiculares durante el próximo año me hará preocuparme por el cáncer testicular.	.414					
BR11. Se me dificulta recordar realizarme un autoexamen testicular.						
BR12. Prefiero que me haga el AT un profesional						
SR4. Si tuviera cáncer testicular mi vida entera cambiaría.			.774			
SR6. Si tuviera cáncer testicular sufriré múltiples complicaciones por un periodo largo de tiempo.			.734			
SR5. Si desarrollara cáncer testicular, no viviré más de cinco años.			.652			
SR9. El cáncer testicular pondría mi vida profesional			.618			

en peligro.

Continúa Tabla 12 Matriz Factorial

SR10. El cáncer testicular acabaría con mi vida sexual.	.608	
SR3. El cáncer testicular amenazará una relación con mi novia, esposa o pareja.	.574	
SR7. El cáncer testicular es una enfermedad sin esperanza.	.562	
SR8. El tener cáncer testicular pondría en peligro mi seguridad económica.	.539	
SR2. Las complicaciones que experimentaré con el cáncer testicular durarán mucho tiempo.	.455	
SR1. Me atemoriza pensar sobre el cáncer testicular.	.401	
SP3. Temo morir por cáncer testicular.	.374	
AE6. Puedo utilizar la parte correcta de mis dedos cuando examino mis testículos		.805
AE3. Estoy seguro de los pasos a seguir para un AT		.734
AE4. Soy capaz de identificar un tejido normal y anormal cuando realizo el AT		.713
AE5. Cuando me veo al espejo soy capaz de detectar cambios anormales en mis testículos		.683
AE1. Sé cómo realizar un autoexamen testicular.		.680
AE2. Soy capaz de localizar un bulto testicular del tamaño de una moneda de dos pesos.		.657
PAE7. Puedo identificar un cambio de tamaño o forma de mis testículos		.557
BP3. Si realizo mis autoexámenes mensuales, reduciré mis probabilidades de requerir cirugía radical o desfigurante en caso de desarrollar cáncer testicular.		.806
BP4. Si realizo mis autoexámenes mensuales, me ayudará a encontrar bultos que pueda ser cáncer, antes de que sea detectado por un médico o enfermera.		.799
BP2. Realizar mis autoexámenes mensuales me permite detectar bultos tempranamente.		.598
BP5. Si realizo mis autoexámenes mensuales, es menos probable que muera por cáncer testicular.		.589
BP1. No me preocupo tanto del cáncer testicular cuando me realizo mis autoexámenes mensuales.		.311

Nota: Método de extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.^a

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Continua Tabla 12 Matriz Factorial

Ítems	Factor					
	1	2	3	4	5	6
M3. Busco información nueva para mejorar mi salud.					.710	
M2. Para mí es muy importante mantener una buena salud.					.593	
M7. Para mí es importante descubrir mis problemas de salud tempranamente.				.344	.592	
M4. Como balanceado.					.561	
M5. Me ejercito tres veces a la semana.					.522	
M8. Creo que es importante hacer cosas que beneficien mi salud.				.482	.502	
M6. Me realizo chequeos médicos regularmente, incluso cuando no estoy enfermo.					.491	
M1. Me cuido para detectar a tiempo cualquier problema de salud			.323		.477	
SP2. Hay una gran probabilidad de que padezca cáncer testicular en los próximos 10 años.						.874
SP1. Es muy probable que padezca de cáncer testicular en un futuro.						.811
SP4En comparación a otros hombres, la probabilidad de que yo padezca cáncer testicular es muy alta.						.587

Nota: Método de extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.^a

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Fiabilidad del instrumento

La fiabilidad de la "Escala de Modelo de creencias de salud para el Autoexamen testicular", fue determinada por el coeficiente de Alfa de Cronbach para cada uno de los factores obtenidos en el AFE. Como se observa en la Tabla 13, todas las dimensiones obtuvieron un coeficiente de Alfa aceptable.

Tabla 13
Coeficiente de confiabilidad

Dimensión	No de Reactivos	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados
Susceptibilidad Percibida	3	.798	.796
Severidad Percibida	10	.842	.846
Beneficios Percibidos	4	.801	.807
Barreras Percibidas	11	.866	.869
Autoeficacia	7	.872	.873
Motivación por la Salud	8	.793	.797

Nota: N=310

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A continuación se presenta una recapitulación de los hallazgos del presente estudio con su respectiva interpretación, en las siguientes secciones se hablará sobre los hallazgos, fortalezas y limitaciones del estudio, teniendo por ultimo las recomendaciones pertinentes.

Fortalezas del estudio

Dentro de las fortalezas del estudio podemos decir que fue realizado con una muestra considerada como adecuada ($n=310$) para un estudio de esta naturaleza, además la muestra fue obtenida de estudiantes de diversas áreas del conocimiento, (Psicología, Enfermería, Ingeniería Mecánica, Ingeniería Civil, Artes Visuales y Químicas), de diversos semestres y edades, todo esto para lograr tener una mayor diversidad en cuanto a las características de los sujetos, además de que posteriormente se tomó en cuenta estos factores a la hora de encontrar posibles diferencias entre los grupos. El instrumento además fue aplicado con el apoyo de los docentes de cada uno de los grupos de estas facultades (además claro del acompañamiento del investigador para resolver dudas al respecto), lo que facilitó que los estudiantes pudieran tomarse el tiempo necesario para comprender y contestar correctamente cada uno de los ítems, considerando por otro lado que el tiempo de aplicación promedio de cada uno fue de 5 minutos, podemos decir que factores como la comprensión y atención adecuada a cada una de las preguntas se encuentran bastante sólidos.

Por otro lado la aplicación de un instrumento de un modelo ampliamente estudiado como lo es el MCS y en específico con el respaldo de un instrumento previamente evaluado y utilizado como lo es la “Escala de Modelo de creencias de salud para la Autoexamen testicular” nos permite tener mayor certeza de la calidad y utilidad de los datos obtenidos, además claro está de poder comparar los resultados de esta investigación con otros estudios realizados previamente. El énfasis en el análisis de los datos obtenidos mediante instrumento, también nos permitió obtener datos importantes para el perfeccionamiento del mismo en caso de su posterior utilización en estudios referentes al CT el AT.

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones del presente estudio podemos decir que si bien se contó con una muestra considerada como adecuada y relativamente diversa, esta fue conseguida mediante un muestreo por conveniencia, lo cual imposibilita la generalización de los resultados obtenidos para la población de la cual fue sustraída, además de que al hablar de los estudiantes universitarios como población, aún falta abordar el inmenso sector de los jóvenes que no cuentan con educación universitaria y que al estar en edad de ser afectados por el CT constituyen un sector de interés para un estudio de naturaleza similar al presente.

Por otro lado debe considerarse que los datos obtenidos no pueden decirnos claramente cuáles son las razones por las que los jóvenes no conocen y/o no practican el AT, solamente proveen de algunos datos que puedan ser útiles para futuras investigaciones al respecto.

Principales hallazgos

La primera parte y fundamental parte de este estudio consistió en evaluar el nivel de conocimiento sobre AT y su nivel de aplicación, lo cual fue reflejado en las preguntas de investigación numero 1 (¿Cuál el nivel de conocimiento sobre el AT en estudiantes universitarios?) y 2 (¿Cuál es el nivel de aplicación del AT entre los estudiantes universitarios que la conocen?) la respuesta a estas preguntas fue respondida en la sección de resultados por medio de los datos de naturaleza descriptiva obtenidos por la cedula de datos que fue entregada a los sujetos.

Queda claro que el nivel de conocimiento del AT fue bajo (19.4%, n=309), lo cual comparado con otros estudios similares realizados en diversas partes del mundo, sitúa el nivel de conocimiento de los estudiantes mexicanos entrevistados por debajo de estudiantes universitarios en países desarrollados como Inglaterra, Australia o E.U., que poseen de acuerdo a diversos artículos conocimiento acerca del AT de entre 26 a 49% (Barling y Lehman, 1999; Khadra y Oakeshott, 2002; Lodyga, 2013), por otro lado los resultados obtenidos en la presente investigación asemejan mucho más a datos obtenidos por Peltzer y Pengpid (2015) que encontraron una media de conocimiento de 17.6% en países en vías de desarrollo como lo son Bangladesh, Singapur, Turquía, Sudáfrica y Madagascar (Cabe destacar que de estos países Madagascar el país menos desarrollado obtiene el menor nivel de conocimiento con solo 12%), esto podría indicar que el nivel de conocimiento del AT están correlacionados con el nivel de desarrollo de las naciones.

En lo que respecta a los medios por los cuales los estudiantes fueron informados acerca del AT, no hubo una tendencia significativa hacia algún medio en particular (variando del 21.7 al 26.7 de prevalencia), con la excepción de los “talleres informativos” que solo obtuvieron un 1.7% así como “otros” medios.

Otro aspecto importante de este estudio fue la comparación entre los sujetos que reportaron conocer el AT y los que no, por medio de cada una de las dimensiones del MCS, al respecto se encontró que los grupos eran estadísticamente significativos en las dimensiones de autoeficacia ($p=.000$), barreras percibidas ($p=.000$) y severidad percibida ($p=.022$), al respecto puede decirse que los estudiantes que conocen el AT se perciben como más autoeficaces. Además de percibir menos barreras para realizar el autoexamen y también percibir al CT como una enfermedad menos severa.

Esto podría deberse en primer lugar a que evidentemente el conocer el examen auto exploratorio tiene el efecto de que el sujeto se perciba capaz de seguir cada uno de los pasos para llevarlo a cabo correctamente y poder distinguir posibles señales de alerta en sus testículos, lo anterior constituye prácticamente la esencia de los reactivos de la dimensión “autoeficacia” de la escala. Resulta interesante además destacar como la dimensión de autoeficacia se consolidó en investigaciones como la de McClenahan, Shevlin, Adamson y Bennet (2007) como el mejor predictor del AT; considerando que los sujetos que realizaban el AT obtuvieron puntajes más altos de autoeficacia ($\bar{X}= 66.8$ $DE=9.4$) que el resto de los sujetos, esto podría reafirmar la importancia de que los jóvenes logren la percepción de autoeficacia respecto al AT. Un estudio ya mencionado por Barling y Lehman (1999) encontró de igual manera una correlación positiva entre la auto-eficacia y la aplicación del AT.

Por otro lado una percepción disminuida de las barreras para llevar a cabo el AT puede deberse de igual manera a un mayor conocimiento de la técnica que permite al sujeto darse cuenta de la sencillez de llevar a cabo la técnica, es además destacable que esta dimensión a pesar de ser significativamente más baja entre los sujetos que saben realizar el AT, no se encontraron diferencias significativas al comparar los sujetos que si

sabían realizar el AT pero que no lo llevaban a cabo y los que sí lo realizaban, esto podría indicar que las barreras percibidas para llevar a cabo un AT no constituyen un factor importante para la decisión de llevar a cabo la conducta a favor de la salud que representa el AT. En un estudio llevado a cabo por Lodyga (2013) este encontró respuestas similares de estudiantes universitarios, encontrando que los sujetos que no sabían realizar el AT percibían mucho más barreras que lo que sí sabían, calificando estos últimos al autoexamen como “muy sencillo de realizar”. Otro estudio realizado por Erickson (1996) encontró de igual manera que a menores barreras percibidas, había una mayor probabilidad de que los hombres llevarán a cabo el AT.

Por ultimo dentro de las dimensiones significativamente diferentes entre los sujetos que conocen o no el AT encontramos la severidad percibida, en la cual se observa que los sujetos que sí conocían el AT, perciben el CT como una enfermedad menos severa, esto podría deberse a que de la mano de un mayor conocimiento al respecto del AT, se tenga mayor conocimiento sobre el CT (al ser evidentemente conceptos relacionados) y se perciba esta enfermedad con mayor esperanza, esto quizás no debería interpretarse como indiferencia o falta de consternación por la enfermedad, (ya que los grupos no reportan diferencias en cuanto a la susceptibilidad percibida al CT) sino más bien como una confianza en que con un diagnóstico temprano a través del AT da como resultado una buena prognosis, lo cual es epidemiológicamente correcto.

Lo anterior coincide con lo encontrado por Duska (1993) en un estudio similar con estudiantes universitarios en el cual encontró que los estudiantes que realizaban el AT, percibían menos barreras y menos severidad de la enfermedad, sin embargo estos resultados a su vez contrastan con el estudio de Lodyga (2013) donde encontró que los sujetos que conocían y realizaban el AT, percibían el CT como una enfermedad más

severa, esta discrepancia podría ser explicada por la naturaleza más cualitativa del trabajo de este autor, en el cual utilizó entrevistas que permitían respuestas más abiertas, en contraste con el instrumento utilizado en la presente investigación que lleva al sujeto a escoger un reactivo en escala Likert de su opinión acerca de frases ya construidas indicando una fuerte severidad de la enfermedad, ante el desconocimiento de la misma, el sujeto podría simplemente basarse en una expectativa positiva de la vida para no identificarse con afirmaciones que podrían llegar a lo fatalista dentro de la dimensión de severidad, (ejemplo: “El CT es una enfermedad sin esperanza”).

Por otro lado entre aquellos estudiantes que dijeron conocer la técnica, un 83.3% afirmaron haberla realizado por lo menos una vez en el transcurso del último años, lo cual resulta interesante y podría suponer que el principal obstáculo para la realización del AT no es algún factor dentro de los revisados por el MCS, sino la simple falta de conocimiento acerca de dicha técnica. Sin embargo al realizar el análisis de U de Mann-Whitney en cada una de las dimensiones del instrumento entre los sujetos que llevaban a cabo el AT y los que no, encontramos que los sujetos que sí llevan a cabo el autoexamen se perciben más auto eficaces, perciben también menos barreras y por último perciben más beneficios respecto a realizar el AT ($p=.000$), esto es congruente con los resultados obtenidos anteriormente en la categoría de los estudiantes que sabía o no realizar el AT, con excepción de la dimensión de “beneficios percibidos”, la cual a diferencia del análisis anterior se muestra en esta categoría de aplicación vs no aplicación del AT como estadísticamente significativa, esto resulta relevante ya que podría indicar que una mayor percepción de beneficios respecto a realizar el AT es otro factor importante para su realización (de la mano de menos barreras percibidas y mayor autoeficacia), lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Lodyga (2013) en una población similar.

Por ultimo en cuanto a las propiedades psicométricas de la Escala de Modelo de Creencias de Salud para la Autoexamen Testicular se realizaron primeramente un análisis de fiabilidad de la escala completa resultando un buen nivel de consistencia interna ($\alpha=.823$), lo cual fortalece la utilidad de la escala para futuras aplicaciones. En cuanto a cada una de las dimensiones de la escala, Susceptibilidad percibida mostró un puntaje de .671, lo cual contrasta con lo obtenido por Altinel y Avci (2014) en la validación de su instrumento (en el cual se basó la escala utilizada en el presente estudio) quienes obtuvieron un puntaje de .88, por su parte severidad obtuvo un puntaje de .842 muy similar al estudio de estos autores quienes obtuvieron un .86, En cuanto a la dimensión de beneficios percibidos se obtuvo un puntaje de .775 contra un .87 , la dimensión de barreras se ubicó en .843 contra .82 , la autoeficacia obtuvo el puntaje más alto con .872 en contraste con .68 , al final Motivación por la salud obtiene un puntaje de .793 a diferencia de un .64.

Dentro de las dimensiones en específico, “susceptibilidad” contó con ítem (“Temo morir por cáncer testicular”) que de ser removido de tal dimensión incrementaría su coeficiente de alfa hasta un .797, esta discrepancia podría ser interpretada como una interpretación menos severa del enunciado que compone este ítem a comparación de los demás (revisar anexo), lo cual puede ser considerado para futuros ajustes de la escala.

De igual manera dentro de la dimensión de “beneficios” el ítem “No me preocupo tanto del cáncer testicular cuando me realizo mis autoexámenes mensuales.” Constituyo una pérdida de coeficiente alfa, ya que al ser eliminado eleva hasta un .854 dicho coeficiente. Aunque un poco difícil la interpretación de la discrepancia entre este ítem y los demás de su dimensión cabe destacar que es el único ítem que refiere a una

variable cognitiva como es la “preocupación” (la reducción de esta al efectuar el AT, específicamente), los demás ítems de la dimensión hacen referencia a beneficios directos a la salud o mayor posibilidad de supervivencia al CT.

Lo anterior coincide con lo encontrado por Altinel y Avci (2015) en donde los autores al realizar un análisis factorial de la escala eliminaron 4 ítems (1 para la subescala de severidad, 2 para la subescala de beneficios y 1 para la subescala de barreras), los cuales tuvieron una correlación menor de .30, quedando 37 ítems en total para la escala en general.

Como parte de los análisis de consistencia interna de la escala, se realizó la prueba de esfericidad de Barlett, la cual fue significativa ($p=.000$), por su parte la medida de adecuación central Coeficiente de Kaiser-Meyer- Olkin arrojó un puntaje de .804 lo que coincide con los resultados obtenidos por Altinel y Avci (2015), en donde el Coeficiente de Kaiser-Meyer- Olkin (.840) y la prueba de Barlett, fueron bastante significativos ($p=.000$). Lo cual indica que en ambos estudios los elementos de la escala están medianamente relacionados.

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

En lo que respecta a nuestras recomendaciones para futuros estudios que deseen indagar sobre la percepción del CT y la aplicación del AT utilizando el Modelo de Creencias en Salud y en específico el instrumento utilizado en la presente investigación, sería importante primeramente llevar a cabo un estudio donde se pueda abarcar una población más amplia, ya que los jóvenes en edad de padecer CT (15-40 años aproximadamente) evidentemente no solo forman parte de los estudiantes universitarios,

sino de parte ya de la fuerza laboral de México, incluyendo una gran parte que carece de estudios superiores y que precisamente por este factor podrían ser más susceptibles a carecer de conocimiento acerca del CT y el AT; en este sentido también sería recomendable utilizar como herramientas de muestreo las redes sociales, grandes herramientas cuya utilización constituye un ecualizador social, en el cual convergen todos los estratos sociales.

Por otro lado estudios de corte cualitativo podrían indagar de manera más profunda y satisfactoria acerca de los factores incluidos en el MCS y que fueron encontrados como relevantes en el presente estudio, como lo fue la autoeficacia, las barreras percibidas y la severidad percibida. Pudiendo de esta manera comprender mejor las repuestas obtenidas en estudios de corte cuantitativo que utilicen el instrumento que nosotros validamos.

Por ultimo pero no menos importante, destacar que los datos obtenidos por estudios descriptivos como el presente, que indagan en las causas por las cuales no se atiende una determinada problemática de salud, deben indudablemente ser base para la formulación de estudios que tengan como objetivo intervenir en estas poblaciones para mejorar los hábitos de salud, en específico un estudio como el actual debe ser la base para el desarrollo de una intervención que logre mejorar el nivel de conocimiento sobre el CT y el AT y el incremento en la utilización del autoexamen testicular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aberger, M., Wilson, B., Holzbeierlein, J. M., Griebing, T. L., y Nangia, A. K. (2014). Testicular self-examination and testicular cancer: a cost-utility analysis. *Cancer Medicine*, 3(6), 1629–1634. <http://doi.org/10.1002/cam4.318>
- Akar, Ş. Z., y Bebiş, H. (2014). Evaluation of the effectiveness of testicular cancer and testicular self-examination training for patient care personnel: intervention study. *Health education research*, 29(6), 966-976.
- Altinel, B., y Avci, İ. A. (2013). The Knowledge, Beliefs and Practises of University Students on Testicular Cancer and Testicular Self-Examination. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(4), 365-370.
- American Cancer Society (2015). Cancer. Recuperado de <http://www.cancer.org/cancer/testicularcancer/detailedguide/testicular-cancer-what-is-testicular-cancer>
- Amidi, A., Wu, L. M., Agerbæk, M., Larsen, P. L., Pedersen, A. D., Mehlsen, M., y ... Zachariae, R. (2015). Cognitive impairment and potential biological and psychological correlates of neuropsychological performance in recently orchiectomized testicular cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1174-1180. doi:10.1002/pon.3804
- Bandura, A. (1977). Bandura (1977), 84(2), 191–215. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barling, N. R., y Lehmann, M. (1999). Young men's awareness, attitudes and practice of testicular self-examination: A Health Action Process Approach. *Psychology, Health y Medicine*, 4(3), 255–263. <http://doi.org/10.1080/135485099106199>
- Barnes RJ (2000). Beliefs and practices of active duty air force males related to testicular cancer and testicular self examination. *Uniformed Services University of Health Sciences. Master of Science Thesis*. Washington, USA
- Blesch, K. (1986). Health beliefs about testicular cancer and self-examination among professional men. *Oncology Nursing Forum*, 13(1), 29–33.
- Brenner, J. S., Hergenroeder, A. C., Kozinetz, C. A., y Kelder, S. H. (2003). Teaching Testicular Self-Examination: *Education and Practices in Pediatric Residents*. *Pediatrics*, 111(3), e239-e244.

- Brewer, G., Roy, M., y Watters, J. (2011). Testicular self-examination in an adult community sample. *American Journal of Men's Health*, 5(1), 57–64.
<http://doi.org/10.1177/1557988310361520>
- Brewer, G., y Dewhurst, A. M. (2013). Body esteem and self-examination in British men and women. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(6), 684–689.
- Brown, C. G., Patrician, P. a, y Brosch, L. R. (2012). Increasing testicular self-examination in active duty soldiers: an intervention study. *MEDSURG Nursing*, 21(2), 97–102; quiz 103. Obtenido de
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JSyCSC=YyNEWS=NyPAGE=fulltextyD=medlyAN=22667002\http://openurl.ac.uk/athens:lee/?sid=OVID:medlineyid=pmid:22667002yid=doi:yissn=10920811yisbn=yvolume=21yissue=2yspage=97ypages=97102;+quiz+103ydate=2012ytitle=MEDSUR>
- Casey, R. G., Grainger, R., Butler, M. R., McDermott, T. E., y Thornhill, J. A. (2010). Public Awareness of Testis Cancer and the Prevalence of Testicular Self-examination—Changing Patterns Over 20 Years. *Urology*, 76(4), 915–918.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2010.03.022>
- Castañeda, A. (2013). Cáncer testicular: tabú a vencer en México. Sinembargo.com.mx. Recuperado de <http://www.sinembargo.mx/28-02-2013/541232>
- Chia, V. M., Quraishi, S. M., Devesa, S. S., Purdue, M. P., Cook, M. B., y McGlynn, K. a. (2010). International trends in the incidence of testicular cancer, 1973-2002. *Cancer Epidemiology, Biomarkers y Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research*, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 19(5), 1151–1159. <http://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-0031>
- Cooper, T. V. Blow, J. y Dixie, H. (2014). Pilot study evaluating testicular self-examination and its correlates in Hispanic college men. *Psychology of Men y Masculinity*, 15(1), 105-109.
- Cummings, K. M., Lampone, D., Mettlin, C., y Pontes, J. E. (1983). What young men know about testicular cancer, *Preventive Medicine*, 12(2), 326–330.
[http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0091-7435\(83\)90241-4](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0091-7435(83)90241-4)
- Duska, J. D. (1993). *Knowledge and health beliefs of college men about testicular cancer and testicular self-exam* (Disertación de Maestría). Available from

ProQuest Dissertations & Theses Global. (230666724). Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/230666724?accountid=38018>

Erickson, D. D. (1996). *An exploratory study of relationships between health beliefs and testicular self-examination among college men* (Disertación de Maestría). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (304327444). Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/304327444?accountid=38018>

Foster, C., Graham, N., Ball, H., y Wanzer, M. (2014). Mothers, Sons and Testicular Cancer: An Exploratory Investigation of Health Communication. *Qualitative Research Reports in Communication*, 15(1): 66-74.

Ganong, L.H. y markovitz, J. (1987). Young men's knowledge of testicular cancer and behavioral intentions toward testicular self-exam. *Patient Education and Counseling*, 9,251-261.

Giannandrea, F., Paoli, D., Figà-Talamanca, I., Lombardo, F., Lenzi, A., y Gandini, L. (2013). Effect of endogenous and exogenous hormones on testicular cancer: The epidemiological evidence. *International Journal of Developmental Biology*, 57, 255-263.

Glanz, K., Rimer, B. K., y Viswanath, K. (2008). Health Behaviour and Health Education. *Health Education* (Vol. 63). [http://doi.org/10.1016/S0033-3506\(49\)81524-1](http://doi.org/10.1016/S0033-3506(49)81524-1)

Göçgeldi, E., Koçak, N., Ulus, N., Yeğiner, C. y Başal, S. (2011). Investigation of the frequency of testicular self examination performance in young adult males. *Gulhane Medical Journal*, 53(1): 17-25.

Goldenring, J.M., y Purtell, E. (1984). Knowledge of testicular cancer risk and need for self-examination in college students: A call for equal time for men in teaching of early cancer detection techniques. *Pediatrics*, 74(6), 1093-1096.

Hartmann, J. T., Albrecht, C., Schmoll, H. J., Kuczyk, M. a, Kollmannsberger, C., y Bokemeyer, C. (1999). Long-term effects on sexual function and fertility after treatment of testicular cancer. *British Journal of Cancer*, 80(5-6), 801–807. <http://doi.org/10.1038/sj.bjc.6690424>

Haugnes, H. S., Bosl, G. J., Boer, H., Gietema, J. A., Brydøy, M., Oldenburg, J., ... Fosså, S. D. (2012). Long-Term and Late Effects of Germ Cell Testicular Cancer Treatment and Implications for Follow-Up. *Journal of Clinical Oncology*,

30(30), 3752–3763. Obtenido de
<http://jco.ascopubs.org/content/30/30/3752.abstract>

Huyghe E, Muller A, Mieusset R, Bujan L, Bachaud JM, Chevreau C, Plante P, T. P. (2007). Impact of diagnostic delay in testis cancer: results of a large population-based study. *European Urology*, 52(6), 1710–1716.

Ivaz, S. (2002). Testicular cancer awareness. *Family Practice*, 19(6), 703.

Janz, N. K., y Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education y Behavior*, 11(1), 1-47.

Kharazmi, E., Hemminki, K., Pukkala, E., Sundquist, K., Tryggvadottir, L., Tretli, S., y ... Fallah, M. (2015). Cancer Risk in Relatives of Testicular Cancer Patients by Histology Type and Age AT Diagnosis: A Joint Study from Five Nordic Countries. *European Urology*, 68(2), 283-289. doi:10.1016/j.eururo.2014.12.031

Katz, R. C., Meyers, K., y Walls, J. (1995). Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(4), 377–384. <http://doi.org/10.1007/BF01857661>

Kyle, R. G., Forbat, L., y Hubbard, G. (2012). Cancer awareness among adolescents in Britain: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12(1), 580-590. doi:10.1186/1471-2458-12-580

Khadra, A., y Oakeshott, P. (2002). Pilot study of testicular cancer awareness and testicular self-examination in men attending two South London general practices. *Family Practice*, 19(3), 294–296. <http://doi.org/DOI 10.1093/fampra/19.3.294>

Kuzgunbay, B., Yaycioglu, O., Soyupak, B., Kayis, A. A., Ayan, S., Yavascaoglu, I., y ... Beduk, Y. (2013). Public awareness of testicular cancer and self-examination in Turkey: A multicenter study of Turkish Urooncology Society. *Urologic Oncology*, 31(3), 386-391. doi:10.1016/j.urolonc.2011.01.020

Lechner, L., Oenema, A., y De, N. J. (2002). Testicular self-examination (TSE) among Dutch young men aged 15-19: determinants of the intention to practice TSE. *Health Education Research*, 17(1), 73–84. <http://doi.org/10.1093/her/17.1.73>

Li, N., Hauser, R., Holford, T., Zhu, Y., Zhang, Y., Bassig, B. A., ... Zheng, T. (2015). Muscle-building supplement use and increased risk of testicular germ cell cancer

- in men from Connecticut and Massachusetts. *Br J Cancer*, 112(7), 1247–1250.
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2015.26>
- Lodyga, M. (2013). *The relationship between health belief model constructs and factors influencing cancer self-examinations in college students*. Indiana University, 2005 Indiana University, 2009 A Dissertation Submitted in Partial Fulfill.
- McClenahan, C., Shevlin, M., Adamson, G., Bennett, C., y O'Neill, B. (2007). Testicular self-examination: A test of the health belief model and the theory of planned behaviour. *Health Education Research*, 22(2), 272–284.
<http://doi.org/10.1093/her/cyl076>
- Miki, T., Kamoi, K., Fujimoto, H., Kanayama, H., Ohyama, C., Suzuki, K., ... Homma, Y. (2014). Clinical characteristics and oncological outcomes of testicular cancer patients registered in 2005 and 2008: the first large-scale study from the Cancer Registration Committee of the Japanese Urological Association. *International Journal of Urology: Official Journal of the Japanese Urological Association*, 21(8), S1–6. <http://doi.org/10.1111/iju.12441>
- Millon-Underwood, S. (1993). Determinants of participation in state-of-the-art cancer prevention, early detection/screening, and treatment trials among African-Americans. *Cancer Nursing*, 16(1). Recuperado de http://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/1993/02000/Determinants_of_participation_in_state_of_the_art.2.aspx
- Moore, y Topping. (1999). Young men's knowledge of testicular cancer and testicular self-examination: a lost opportunity? *European Journal of Cancer Care*, 8(3), 137–142. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2354.1999.00151.x>
- Mottet, N., Avances, C., Bastide, C., Culine, S., Ibora, F., Kouri, G., ... Rocher, L. (2004). Testicular tumors. Progres En Urologie: *Journal de l'Association Francaise D'urologie et de La Societe Francaise D'urologie*, 14(4 Suppl 1), 891, 893–901.
- National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Testicular Cancer Treatment. 7/11/2014. Recuperado de www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/testicular/HealthProfessional
- Neef N., Scutchfield F.D., Elder J. y Bender S.J. (1991) Testicular self-examination by young men: an analysis of characteristics associated with practice. *J Am Coll Health*; 39: 187-190.

- Nigam, M., Aschebrook-Kilfoy, B., Shikanov, S., y Eggener, S. (2015). Increasing incidence of testicular cancer in the United States and Europe between 1992 and 2009. *World Journal Of Urology*, 33(5), 623-631. doi:10.1007/s00345-014-1361-y
- Odo, R., y Potter, C. (2010). Understanding the needs of young adult cancer survivors: A clinical perspective. Recuperado de <http://www.planetcancer.org/2010/02/10/understanding-the-needs-of-young-adult-cancersurvivors- a-clinical-perspective-oncology-nurse-article/>
- Ozturk, A., Unalan, D., y Guleser, G. N. (2014). Knowledge, attitude and practices of technicians working AT hospitals towards testicular cancer and self-examination of testicles in Turkey. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention: APJCP*, 15(23), 10095-10099.
- Oldenburg, J., Aparicio, J., Beyer, J., Cohn-Cedermark, G., Cullen, M., Gilligan, T., y ... Tandstad, T. (2015). Personalizing, not patronizing: the case for patient autonomy by unbiased presentation of management options in stage I testicular cancer. *Annals Of Oncology*, 26(5), 833-838. doi:10.1093/annonc/mdu514
- Organización Mundial de la Salud (2015). Cáncer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Peate, I. (2011). Men and cancer: the gender dimension. *British Journal of Nursing (BJN)*, 20(6), 340-343.
- Peltzer, K., y Pengpid, S. (2015). Knowledge, attitudes and practice of testicular self-examination among male university students from Bangladesh, Madagascar, Singapore, South Africa and Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(11), 4741–4743. <http://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.11.4741>
- Pérez, C. (2013). Van contra cáncer testicular. El Universal. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/205187.html>
- Price, N., Charlton, A., Simango, I. y Smith, G. (2011). Testicular microlithiasis: The importance of self-examination. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50(10): 102-105.
- Ramim, T., Mousavi, S. Q., Rosatmnia, L., Bazayr, A., y Ghanbari, V. (2014). Student knowledge of Testicular cancer and self-examination in a medical sciences University in Iran. *Basic y Clinical Cancer Research*, 6(3), 7-11.

- Reno, D.M. (1988). Men's knowledge and health beliefs about testicular cancer and testicular self-examination. *Cancer Nursing*, 11(2), 112-117.
- Rosen, A., Jayram, G., Drazer, M. y Eggener, S. (2011). Global Trends in Testicular Cancer Incidence and Mortality. *European urology*, 60(1): 374-379.
- Rosenstock, I. (1974). *Historical Origins of the Health Belief Model*. Health Education Monographs. Vol. 2 No. 4.
- Rovito, M. Cavayero, C., Leone, J. y Harlin, S. (2014). Interventions Promoting Testicular Self-Examination (TSE) Performance: A Systematic Review. *American Journal of Men's Health*, 1(1): 1-13.
- Secretaria de Salud Pública de México. (2011) Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LOS_TUMORES_MALIGNOS_M%C3%A9xico.pdf
- Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T., Ward, E. (2012). Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. CA: *A Cancer Journal for Clinicians*, 62, 220-241.
- Singleton, A. (2008). "It's Because of the Invincibility Thing": Young Men, Masculinity, and Testicular Cancer. *International Journal of Men's Health*, 7(1), 40–58. <http://doi.org/10.3149/jmh.0701.40>
- Skoogh, J., Steineck, G., Johansson, B., Wilderäng, U., y Stierner, U. (2013). Psychological needs when diagnosed with testicular cancer: findings from a population-based study with long-term follow-up. *BJU International*, 111(8), 1287-1293. doi:10.1111/j.1464-410X.2012.11696.x
- Smith, A. '., King, M., Butow, P., Lockett, T., Grimison, P., Toner, G. C., y ... Olver, I. (2013). The prevalence and correlates of supportive care needs in testicular cancer survivors: a cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2557-2564. doi:10.1002/pon.3323
- Sprauten, M., Haugnes, H. S., Brydøy, M., Kiserud, C., Tandstad, T., Bjørø, T., y ... Oldenburg, J. (2015). Chronic fatigue in 812 testicular cancer survivors during long-term follow-up: increasing prevalence and risk factors. *Annals Of Oncology*, 26(10), 2133-2140. doi:10.1093/annonc/mdv328

- Sui, W., Morrow, D. C., Bermejo, C. E., y Hellenthal, N. J. (2015). Trends in Testicular Cancer Survival: A Large Population-based Analysis. *Urology*, 85(6), 1394-1398. doi:10.1016/j.urology.2015.03.022
- Tal, R., Stember, D. S., Logmanieh, N., Narus, J., y Mulhall, J. P. (2014). Erectile dysfunction in men treated for testicular cancer. *BJU International*, 113(6), 907-910. <http://doi.org/10.1111/bju.12331>
- Thornhill, J.A., Conroy, R.M., Kelly, D.G., Walsh, A., Fennelly, J.J. y Fitzpatrick, J. (1986). Public awareness of testicular cancer and the value of self-examination. *British Medical Journal*, 293, 480-481.
- Trabert, J., Chen, S., Devesa, F., Bray, K. y McGlynn, A. (2015). International patterns and trends in testicular cancer incidence, overall and by histologic subtype, 1973-2007. *Andrology* 3(1): 4-14.
- Trumbo, Craig W. *Journal of American College Health*. May/Jun2004, Vol. 52 Issue 6, p257-261. 5p. 3 Charts.
- Ugurlu, Z., Akkuzu, G., Karahan, A., Beder, A., Dogan, N., Okdem, S., y Kav, S. (2011). Testicular cancer awareness and testicular self-examination among university students. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(3), 695-698.
- Vadaparampil, S. T., Moser, R. P., Loud, J., Peters, J. A., Greene, M. H., y Korde, L. (2009). Factors associated with testicular self-examination among unaffected men from multiple-case testicular cancer families. *Hereditary Cancer In Clinical Practice*, 7(1), 11. doi:10.1186/1897-4287-7-11
- Vaz, R.M., Best, D.L. y Davis, S.W. (1988). Testicular cancer: adolescent knowledge and attitudes. *Journal of Adolescent Health Gate*, 9, 474-479.
- Wang, T., Liu, L., Luo, J., Liu, T., y Wei, A. (2015). A Meta-Analysis of the Relationship between Testicular Microlithiasis and Incidence of Testicular Cancer. *Urology Journal*, 12(02), 2057-2064.
- Wardle, J., Steptoe, A., Burckhardt, R., Vogeley, C., Vila, J., & Zarczynski, Z. (1994). Testicular self-examination: attitudes and practices among young men in Europe. *Preventive medicine*, 23(2), 206-210.
- Wordsworth, A. (2002). Vital to promote testicular self-examination. *Pulse*, 62(22), 24.

Wynd, C. A. (2002). Testicular Self-Examination in Young Adult Men. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 251–255. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00251.x>

ANEXOS

Consentimiento Informado

Título del proyecto: CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER Y LA AUTO-EXPLORACIÓN TESTICULAR DE UNIVERSITARIOS DE NUEVO LEON

Investigador Responsable: Lic. Marcos Arnoldo Téllez Ramos

Asesor: Dra. Dehisy Marisol Juárez García

Prologo: Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuales son los riesgos/beneficios y lo que debe de hacer después de dar su consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, donde le explicaremos el estudio, si usted decide participar, le pediremos que firme esta forma de consentimiento.

Propósito del estudio

El propósito del estudio es examinar las actitudes, creencias y conocimientos de los jóvenes universitarios respecto al cáncer testicular y el autoexamen testicular con el objetivo de entender de mejor manera como estas actitudes, creencias y conocimientos afectan la conducta a favor de la salud, en específico el autoexamen testicular.

Descripción del estudio/Procedimiento

Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado. Posteriormente le serán proporcionados un cuestionario y la cedula de datos que forman parte del estudio, para ser contestados por usted, la duración aproximada del llenado del cuestionario no superará los 10 minutos. Además se le solicitará su correo electrónico para responder una encuesta de seguimiento a los 3 meses.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuesto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse un momento para recapacitar sobre seguir participando en el estudio o no.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación

Las únicas personas que conocerán su participación en este estudio, son usted y el autor. Ninguna información sobre su persona será dada a conocer de manera personalizada. Los resultados de los cuestionarios serán publicados de manera global en una tesis, artículos científicos o congresos de investigación. Recuerde que toda la información que usted proporcione será anónima y confidencial.

Confidencialidad

El investigador es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente: Los datos personales que recabamos de usted (correo electrónico), lo utilizaremos para la siguiente finalidad que es necesaria para la investigación:

- Segunda aplicación de cuestionario de creencias de salud en tres meses.

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Derecho a retractar

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no, no afectará su relación actual con la institución donde labora. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos.

Preguntas

Si usted llega alguna duda sobre sus derechos como participante de este estudio, puede comunicarse al siguiente número del responsable del estudio 044- 818-252-8631 o al siguiente correo electrónico marcos.tellezr@gmail.com para estar en contacto con el investigador.

Consentimiento

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido resueltas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento en el que yo lo desee.

Firma del participante

Marcos Arnoldo Téllez Ramos

Fecha: _____ a _____ del 20____

Cedula de datos personales

Se le solicita participar en una investigación y se le pide que responda todas las preguntas sinceramente. Los datos serán tratados de manera confidencial. No hay respuestas correctas, ni incorrectas.

1. Carrera: _____ 2. Semestre: _____
3. Edad (años cumplidos): _____ 4. ¿Tienes una pareja sentimental actualmente?
Sí _____ No _____
5. Practica de manera activa alguna religión: No __ Si __ 5.1 ¿Cuál? _____
6. ¿Tienes historia de cáncer testicular en tu familia? Sí _____ No _____
Si tu respuesta fue si, 6. ¿Quién de tu familia fue diagnosticado con cáncer de testicular?
Abuelo _____ Padre _____ Hermano _____ Tío _____ ¿Otro? _____
7. ¿Has tenido alguna de historia cercana de cáncer de testículo en otro círculo social
como amigos o compañeros? No _____ Si _____ ¿En quién? _____
8. ¿Sabes cómo se realiza el autoexamen de testículo? Sí _____ No _____
Si respondiste si pasa a la pregunta 9, si respondiste no pasa a la 12
9. ¿De quién aprendiste a realizarte el autoexamen de testículos?
De personal de salud (Dr. enfermero etc.) _____ En una clase _____
Taller _____ Folleto informativo _____ ¿Otro, cuál? _____
10. Desde que aprendiste como realizar el autoexamen de testículos, ¿te has realizado un
autoexamen testicular? Sí _____ No _____
11. El año pasado cuantas veces te hiciste una Autoexamen de testículos (mensual)
ejemplo: una/ en abril _____
12. ¿Has sido diagnosticado con cáncer de testículo? Sí _____ No _____
13. ¿Has padecido alguna inflamación, infección u otro padecimiento en los testículos?
Si _____ No _____ Otro padecimiento _____ ¿Cuál? _____
14. ¿Eres sexualmente activo? Sí _____ No _____

Escala de Creencias de Salud para el Autoexamen de Detección de Cáncer Testicular

Instrucciones: A un lado de cada afirmación hay una opciones de respuestas que varían desde Totalmente en Desacuerdo (1) a Totalmente de Acuerdo (5). En cada afirmación seleccione la opción con la cual usted está en acuerdo o desacuerdo. Por favor, asegúrese de contestar **CADA AFIRMACIÓN** y que seleccione sólo **UNA RESPUESTA** en cada una de ellas. Esta es una medida en base a su opinión personal, por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas.

	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutro	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
SP1. Es muy probable que padezca de cáncer testicular en un futuro.					
SP2. Hay una gran probabilidad de que padezca cáncer testicular en los próximos 10 años.					
SP3. Temo morir por cáncer testicular.					
SP4. En comparación a otros hombres, la probabilidad de que yo padezca cáncer testicular es muy alta.					
SR1. Me atemoriza pensar sobre el cáncer testicular.					
SR2. Las complicaciones que experimentaré con el cáncer testicular durarán mucho tiempo.					
SR3. El cáncer testicular amenazará una relación con mi novia, esposa o pareja.					
SR4. Si tuviera cáncer testicular mi vida entera cambiaría.					

SR5. Si desarrollara cáncer testicular, no viviré más de cinco años.					
SR6. Si tuviera cáncer testicular sufriré múltiples complicaciones por un periodo largo de tiempo.					
SR7. El cáncer testicular es una enfermedad sin esperanza.					

	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutro	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
SR8. El tener cáncer testicular pondría en peligro mi seguridad económica.					
SR9. El cáncer testicular pondría mi vida profesional en peligro.					
SR10. El cáncer testicular acabaría con mi vida sexual.					
BP1. No me preocupo tanto del cáncer testicular cuando me realizo mis autoexámenes mensuales.					
BP2. Realizar mis autoexámenes mensuales me permite detectar bultos tempranamente.					
BP3. Si realizo mis autoexámenes mensuales, reduciré mis probabilidades de requerir cirugía radical o desfigurante en caso de desarrollar cáncer testicular.					
BP4. Si realizo mis autoexámenes mensuales, me ayudará a encontrar bultos que pueda ser cáncer, antes de que sea detectado por un médico o enfermera.					
BP5. Si realizo mis autoexámenes mensuales, es menos probable que muera por cáncer					

testicular.					
BR1. Me siento raro (incomodo) cuando me realizo un autoexamen.					
BR2. Realizar autoexámenes testiculares durante el próximo año hará que me preocupe por el cáncer testicular.					
BR3. Los autoexámenes testiculares me serán vergonzosos.					
BR4. Realizarme un autoexamen toma mucho tiempo.					
BR5. Realizarme un autoexamen me será desagradable.					
BR6. Me falta privacidad como para realizarme un autoexamen testicular.					
BR7. Me aburre realizarme autoexámenes mensuales.					
BR8. Toma mucho tiempo realizarme un autoexamen cada mes.					
BR9. El autoexamen testicular es doloroso.					
BR10. Si me realizo un autoexamen testicular, mi familia se burlará de mí.					
BR11. Se me dificulta recordar realizarme un autoexamen testicular cada mes.					
BR12. Prefiero que me haga el examen un profesional.					
	Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutro	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
BR13. Evito realizarme autoexámenes testiculares por miedo a encontrar algo (un bulto).					

AE1. Sé cómo realizar un autoexamen testicular.					
AE2. Soy capaz de localizar un bulto si practico el autoexamen testicular a solas.					
AE3. Estoy seguro de los pasos a seguir para realizar un autoexamen testicular.					
AE4. Soy capaz de identificar el tejido normal y anormal cuando realizo mi autoexamen testicular.					
AE5. Cuando me veo al espejo, soy capaz de detectar cambios anormales en mis testículos.					
AE6. Puedo utilizar la parte correcta de mis dedos cuando examino mis testículos.					
AE7. Puedo identificar un cambio de tamaño o de forma de mis testículos.					
M1. Me cuido para detectar a tiempo cualquier problema de salud					
M2. Para mí es muy importante mantener una buena salud.					
M3. Busco información nueva para mejorar mi salud					
M4. Como alimentos bien balanceados.					
M5. Me ejercito tres veces a la semana.					
M6. Me realizo chequeos médicos regularmente, incluso cuando no estoy enfermo.					
M7. Para mí es importante descubrir mis problemas de salud tempranamente.					
M8. Creo que es importante hacer cosas que beneficien mi salud.					